



Psicología de la salud

Val Morrison
Paul Bennett

PEARSON
Prentice
Hall

www.FreeLibros.org

Psicología de la salud

Psicología de la salud

Val Morrison y Paul Bennett

Revisores técnicos:

María Xesús Froján Parga

Víctor Rubio Franco

*Departamento de Psicología Biológica y de la Salud
Universidad Autónoma de Madrid*

Equipo de Colaboración

Ana Calero Elvira

Montserrat Montaña Fidalgo



Harlow, England • London • Madrid • Munich • Paris • Milan • New York • Boston • San Francisco • Toronto
Sydney • Tokio • Singapore • Hong Kong • Seoul • Taipei • New Delhi • Cape Town • Mexico City • Amsterdam

Val Morrison y Paul Bennett

Psicología de la salud

PEARSON EDUCACIÓN, S.A., Madrid, 2008

ISBN: 978-84-8322-343-7

Materia: 159.97 Psicopatología

Formato 195 × 250 mm

Páginas: 728

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (*arts. 270 y sgts. Código Penal*).

© Pearson Education Limited 2006

This translation of HEALTH PSYCHOLOGY AN INTRODUCTION 01 Edition is published by arrangement with Pearson Education Limited, United Kingdom

DERECHOS RESERVADOS

© 2008 por PEARSON EDUCACIÓN, S.A.

Ribera del Loira, 28

28042 Madrid (España)

Val Morrison y Paul Bennet

Psicología de la salud

ISBN: 978-84-8322-343-7

Depósito legal: M.

PEARSON PRENTICE HALL es un sello editorial autorizado de PEARSON EDUCACIÓN, S.A.

Equipo editorial:

Editor: Alberto Cañizal

Técnico editorial: Elena Bazaco

Equipo de producción:

Director: José Antonio Clares

Técnico: José Antonio Hernán

Diseño de cubierta: Equipo de diseño de Pearson Educación S. A.

Composición: COPIBOOK, S. L.

Impreso por:

IMPRESO EN ESPAÑA - PRINTED IN SPAIN

Este libro ha sido impreso con papel y tintas ecológicos



Contenido

Prefacio	xiii
Agradecimientos del editor	xviii

PARTE I

Cómo estar y mantenerse sano

Capítulo 1. ¿Qué es la salud?	3
Objetivos de aprendizaje	3
Descripción del capítulo	3
¿Qué es la salud? Cómo han cambiado las perspectivas	4
Perspectiva individual, cultural y de la esperanza de vida sobre la salud	11
¿Qué es la psicología de la salud?	28
Resumen	34
Lecturas recomendadas	35
Capítulo 2. Desigualdades sanitarias	37
Objetivos de aprendizaje	37
Descripción del capítulo	37
Diferencias en la salud	38
Tener frente a no tener: el efecto de la pobreza sobre la salud	41
Las minorías y la salud	54
Sexo y salud	59
Trabajo y salud	63
Resumen	68
Lecturas recomendadas	69
Capítulo 3. Conducta saludable y conducta de riesgo para la salud	71
Objetivos de aprendizaje	71
Descripción del capítulo	71
¿Qué es la conducta de salud?	72

Dieta inadecuada	77
Obesidad	80
Consumo de alcohol	84
Fumar	92
Conducta sexual de riesgo	98
Resumen	103
Lecturas recomendadas	104
Capítulo 4. Comportamiento saludable	105
Objetivos de aprendizaje	105
Descripción del capítulo	105
Dieta sana	106
Ejercicio físico	110
Conducta de realización de chequeos médicos	118
Conducta de vacunación	128
Resumen	132
Lecturas recomendadas	132
Capítulo 5. Predicción de la conducta de salud	133
Objetivos de aprendizaje	133
Descripción del capítulo	133
Influencias sobre la conducta de salud	134
Modelos de conducta saludable	143
Modelos de continuo sobre el cambio de conducta	144
Modelos por etapas de la conducta de salud	161
Resumen	172
Lecturas recomendadas	172
Capítulo 6. Reducción del riesgo de padecer enfermedades: planteamientos individuales .	175
Objetivos de aprendizaje	175
Descripción del capítulo	175
Promoción de la salud individual	176
Programas de detección	177
Estrategias para cambiar las conductas de riesgo	185
Cambio por modelado	200
Práctica conductual	202
Estrategias cognitivas	203
Resumen	206
Lecturas recomendadas	207
Capítulo 7. Aproximaciones a la salud pública basadas en la población	209
Objetivos de aprendizaje	209
Descripción del capítulo	209
Promocionando la salud de la población	210
Utilización de los medios de comunicación	210
Difusión de las innovaciones	218
Influencias del entorno sobre la conducta de salud	220

Programas de promoción de la salud	226
Resumen	241
Lecturas recomendadas	243

PARTE II

Enfermar

Capítulo 8. El cuerpo en la salud y en la enfermedad	247
Objetivos de aprendizaje	247
Descripción del capítulo	247
La anatomía conductual del encéfalo	248
El sistema nervioso autónomo	251
El sistema inmunitario	254
El tracto digestivo	259
El sistema cardiovascular	265
El sistema respiratorio	276
Resumen	281
Lecturas recomendadas	283
Capítulo 9. Percepción, interpretación y respuesta a los síntomas	285
Objetivos de aprendizaje	285
Descripción del capítulo	285
¿Cómo tenemos conciencia de los síntomas de enfermedad?	286
Percepción de la enfermedad	294
Interpretación de los síntomas	300
Planificación y acción: respuesta a los síntomas	312
Resumen	322
Lecturas recomendadas	322
Capítulo 10. La consulta y más allá de la consulta	325
Objetivos de aprendizaje	325
Descripción del capítulo	325
La naturaleza del encuentro	326
Factores que influyen sobre el proceso de consulta	331
Más allá de la consulta	341
Resumen	356
Lecturas recomendadas	358
Capítulo 11. Estrés, salud y enfermedad: teoría	359
Objetivos de aprendizaje	359
Descripción del capítulo	359
Conceptos de estrés	360
Tipos de estrés	371
El estrés como respuesta fisiológica	378
La relación entre el estrés y la enfermedad	387
Resumen	395
Lecturas recomendadas	396

Capítulo 12. Estrés y moderadores de la enfermedad	397
Objetivos de aprendizaje	397
Descripción del capítulo	397
El estrés y el afrontamiento	398
Estrés, personalidad y enfermedad	405
Estrés y cogniciones	418
Estrés y emociones	421
Apoyo social y estrés	425
Resumen	429
Lecturas recomendadas	430
Capítulo 13. Manejo del estrés	431
Objetivos de aprendizaje	431
Descripción del capítulo	431
Prevención del estrés	432
El trabajo con las personas	437
Cómo ayudar a la gente a afrontar un trauma	451
Minimización del estrés en el contexto hospitalario	455
Resumen	460
Lecturas recomendadas	461

PARTE III
Estar enfermo

Capítulo 14. El impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida	465
Objetivos de aprendizaje	465
Descripción del capítulo	465
La enfermedad y la calidad de vida	466
Medición de la calidad de vida	482
Resumen	491
Lecturas recomendadas	492
Capítulo 15. El impacto de la enfermedad sobre los pacientes y sus familias	493
Objetivos de aprendizaje	493
Descripción del capítulo	493
Enfermedad, emociones y ajuste	494
Enfermedad: un asunto familiar	505
Cuidados	509
Resumen	521
Lecturas recomendadas	522
Capítulo 16. El dolor	523
Objetivos de aprendizaje	523
Descripción del capítulo	523
La experiencia del dolor	524
Modelos biológicos del dolor	530

Una teoría psicobiológica del dolor	539
Interpretaciones futuras del dolor: la neuromatriz	543
Cómo ayudar a la gente a que afronte el dolor	544
Resumen	556
Lecturas recomendadas	559
Capítulo 17. Mejora de la salud y de la calidad de vida	561
Objetivos de aprendizaje	561
Descripción del capítulo	561
El afrontamiento de enfermedades crónicas	562
Reducción del malestar	563
Manejo de la enfermedad	574
Prevención del avance de la enfermedad	584
Resumen	591
Lecturas recomendadas	592
PARTE IV	
En el futuro	
Capítulo 18. En el futuro	597
Objetivos de aprendizaje	597
Descripción del capítulo	597
Cómo llevar la evidencia a la práctica	598
En el futuro	617
Resumen	623
Lecturas recomendadas	623
Referencias	625
Índice analítico	695

SOBRE LOS AUTORES

Val Morrison es una psicóloga de la salud acreditada y docente en la Universidad de Wales Bangor. Desde que culminó su doctorado en Edimburgo en 1991 sobre el uso de drogas ilegales y el impacto del VIH, ha investigado para identificar las variables psicosociales que permiten predecir los efectos de las enfermedades crónicas, tanto entre los pacientes como sus cuidadores. Actualmente mantiene colaboraciones de investigación con profesionales del Servicio Nacional Británico de Salud (NHS) en oncología, hematología, infartos cerebrales y asma. Ha escrito más de 50 artículos de investigación, es co-editora de *Working with Women and AIDS*, publicado por Routledge, y ha contribuido con capítulos en varios libros, incluyendo el *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*, 2.^a edición (de próxima publicación en John Wiley)

Paul Bennett es catedrático de psicología de la salud clínica en la Universidad de Wales Swansea, y director local del Servicio de Psicología Clínica Nacional de Salud. Desde que se licenció como psicólogo clínico y se doctoró, ha trabajado tanto en la universidad como en el NHS. Ha trabajado en clínicas especializadas en el dolor, en rehabilitación cardíaca y en medicina general. Tiene más de 100 artículos publicados, y otros cuatro libros, incluyendo *An Introduction to Clinical Health Psychology* y *Psychology and Health Promotion* (con Simon Murphy), publicados por Oxford University Press.

Recursos de apoyo

Visite www.pearsoned.co.uk/morrison para encontrar valiosos recursos online

Sitio web asociado para el alumno

- Preguntas tipo test para ayudarle a poner a prueba sus conocimientos.
- Enlaces a sitios web relevantes.
- Un glosario con un motor de búsqueda para explicar los términos clave.
- Fichas para poner a prueba su conocimiento de los términos clave y sus definiciones.

Para los docentes

- Diapositivas de PowerPoint que se pueden descargar y utilizar como elementos visuales de ayuda en el aula.
- Tutoriales.

Además: El sitio web asociado ofrece las siguientes características:

- Herramienta de búsqueda para ayudar a localizar contenidos específicos.
- Resultados por correo electrónico y herramientas de perfiles para enviar a los docentes los resultados de los tests.
- Ayuda online y apoyo para utilizar el sitio web y resolver problemas.

Para más información, póngase en contacto con su representante de ventas de Pearson Educación o visite www.pearsoned.co.uk/morrison



Prefacio

Antecedentes de este libro

La psicología de la salud es una disciplina en crecimiento tanto para estudiantes de grado como para estudiantes de postgrado; también es una materia estimulante, apasionante y gratificante con oportunidades profesionales en el sistema de atención sanitaria y en contextos académicos. Redactamos este libro porque considerábamos que era necesario un manual exhaustivo con un enfoque europeo, que no se centrara predominantemente en las conductas de salud, sino que prestara la misma atención a los temas relacionados con la salud, la enfermedad, y la práctica e intervenciones en atención sanitaria. Además, consideramos que, para los psicólogos, los manuales deberían estar orientados por la teoría y los constructos psicológicos, y no por la conducta o la enfermedad. Puede que las enfermedades sean distintas pero, desde un punto de vista psicológico, tienen muchas cosas en común: por ejemplo, la posibilidad de un cambio de vida o de conducta, el malestar, los retos del afrontamiento, el potencial de recuperación, la implicación en la atención sanitaria y con los profesionales sanitarios. Esperamos que disfruten de lo que hemos recopilado.

Objetivos de este manual

El objetivo general de este manual es proporcionar un manual equilibrado, informado y exhaustivo para Europa con una amplitud suficiente de material para los estudiantes de un curso de introducción, pero también con profundidad investigadora para beneficiar a los estudiantes del último año o para los que están realizando un proyecto relacionado con la psicología de la salud. Consideramos que, además de cubrir los temas principales en psicología de la salud, como las creencias sobre la salud y la enfermedad, la conducta y los indicadores, también son esenciales en el estudio de la psicología de la salud temas como las influencias socioeconómicas sobre la salud, las bases biológicas, las diferencias individuales y culturales y las intervenciones psicológicas en la salud, la enfermedad y la atención sanitaria.

Teniendo esto presente, iniciamos la tarea de desarrollar capítulos que seguían el principio general de presentar primero el tema, después la teoría, a continuación la evidencia de la investigación y, finalmente, la aplicación de esas teorías y resultados a través de intervenciones. Por ejemplo, si podemos describir las relaciones que existen entre una enfermedad y una determinada conducta, como fumar, y después analizar algunas de las explicaciones psicosociales de esa conducta poniendo a prueba teorías como la teoría del aprendizaje social, mediante la investigación empírica, entonces podemos informar a aquéllos cuyo objetivo es reducir las conductas no saludables. La descripción, predicción y posterior intervención son los principales objetivos de los psicólogos de la salud.

Este libro pretende proporcionar una cobertura exhaustiva de los temas centrales en la actual psicología de la salud, pero también tiene en cuenta el hecho de que muchos individuos no están sanos ni viven aislados con una enfermedad. El papel de la familia es crucial y, por tanto, dedicamos una gran parte de un capítulo al impacto que tiene la enfermedad sobre los seres queridos. Tampoco deberían los teóricos occidentales suponer que existe una similitud intercultural de las percepciones o conductas de la salud y la enfermedad y, por tanto, incluimos ejemplos de teorías e investigaciones de países no occidentales siempre que es posible. En todo el libro se analizaron los temas relativos a las diferencias, ya sean culturales, de sexo, de edad o etapa de desarrollo, o socioeconómicas. Es más, se dedica un capítulo entero a las diferencias socioeconómicas en la salud.

La estructura de este manual

Se ha estructurado el manual en tres grandes secciones. La primera, *Cómo estar y mantenerse sano*, incluye siete capítulos, empezando con uno en el que se analiza qué es lo que queremos decir realmente cuando hablamos de «salud» o «estar sano», y se presenta una breve revisión del debate entre el cuerpo y mente que subyace a gran parte de nuestra investigación. El segundo capítulo describe cómo pueden afectar los factores como la clase social, la renta, e incluso el barrio donde se reside a la salud, la conducta y el acceso a la atención sanitaria. Muchas de las enfermedades «asesinas» de hoy en día, como algunos cánceres, enfermedades cardiacas e infartos cerebrales, tienen un componente conductual. El tercer y el cuarto capítulo describen cómo algunas conductas, como el ejercicio, tienen efectos que mejoran la salud mientras que otras, como una dieta inadecuada o fumar, tienen efectos perjudiciales para la salud. Se presenta la evidencia sobre el ciclo vital, las diferencias culturales y de sexo en las conductas de salud. Estas conductas han sido analizadas durante varias décadas por los psicólogos sociales y de la salud desde distintas teorías, como la teoría del aprendizaje social y la teoría socio-cognitiva y, en el Capítulo 5, describimos varios modelos que han sido probados rigurosamente en un esfuerzo por identificar las creencias, expectativas, actitudes y factores normativos que contribuyen a una conducta de salud o de riesgo. Por tanto, esta sección presenta la evidencia de la relación entre la conducta y la salud y la

enfermedad, y pone de relieve un área en la que los psicólogos de la salud tienen mucho que ofrecer en cuanto a comprensión o asesoramiento sobre los factores individuales que deben constituir el objetivo de las intervenciones. A continuación concluimos con dos capítulos sobre la intervención. El Capítulo 6 presenta la evidencia de los planteamientos de éxito, y de menos éxito, para cambiar las conductas individuales que aumentan el riesgo de enfermar, mientras que el Capítulo 7 aplica la misma revisión y crítica a los enfoques centrados en poblaciones, como la educación y la promoción de la salud.

La segunda sección, *Enfermar*, incluye seis capítulos que llevan al lector por el proceso de enfermar y los factores que pueden influir sobre si se enferma o no en un determinado conjunto de circunstancias. Empezamos con un capítulo entero dedicado a la descripción de los procesos biológicos y corporales relevantes en la experiencia física de la salud y la enfermedad (Capítulo 8). Esto proporcionará una breve revisión de los temas relevantes para ayudar en la lectura de este texto. En el Capítulo 9 se describe cómo percibimos y reaccionamos a los síntomas, poniendo de relieve los factores individuales, culturales y contextuales que influyen sobre estos procesos y, en el Capítulo 10 se revisa la presentación y comunicación con los profesionales sanitarios con ejemplos de las «buenas» y «no tan buenas» prácticas. El papel de la participación del paciente en la toma de decisiones es importante en la actual política y práctica sanitaria, por lo que aquí se revisa la evidencia de los beneficios de la participación del paciente. Los Capítulos 11 y 12 nos adentran en el ámbito del estrés, ¡algo que muy pocos se escapan de padecerlo de vez en cuando! Presentamos una revisión de las teorías sobre el estrés, en las que se define el estrés como un evento, como una respuesta o serie de respuestas a un suceso, o como una transacción entre el individuo que experimenta y valora el suceso y las características reales de éste. Describimos con cierto detalle un creciente campo de estudio conocido como la psiconeuroinmunología, que incluye el estudio de cómo influye la mente en el cuerpo a través de las alteraciones del funcionamiento inmunológico, que influyen sobre el estado de salud. El Capítulo 12 presenta la evidencia empírica de la investigación relativa a los factores que se ha visto que «moderan» el efecto potencialmente negativo de sucesos aparentemente estresantes (por ejemplo, estilos y estrategias de afrontamiento, apoyo social, optimismo). Estos dos capítulos ponen de relieve la complejidad de la relación entre el estrés y la enfermedad. El Capítulo 13 se centra en los métodos para aliviar el estrés, en el que se deja claro que no existe ningún «paraguas» terapéutico que valga para todos, y describimos una serie de enfoques cognitivos, conductuales y cognitivo-conductuales.

En la tercera sección, *Estar enfermo*, pasamos a prestar atención al impacto de la enfermedad sobre el individuo y su familia en dos capítulos. En el primero de ellos (Capítulo 14) definimos y describimos lo que se quiere decir con «calidad de vida» y cómo la investigación ha mostrado que esa calidad de vida queda alterada o amenazada por la enfermedad. En el Capítulo 15 abordamos otros indicadores de enfermedad como la depresión, y reconocemos la importancia de la familia y de otras personas relevantes

para los indicadores del paciente. Tal vez sea una característica exclusiva de este manual que se dedique una sección importante al impacto de la provisión de cuidados a un enfermo dentro de la familia, y cómo las distintas creencias y expectativas sobre la enfermedad del cuidador y del atendido pueden desempeñar un papel en la predicción de los indicadores de salud de ambos individuos. El Capítulo 16 aborda un fenómeno que explica la mayoría de las visitas al profesional sanitario: el dolor, que se ha observado que es mucho más que una experiencia física. El Capítulo 17 se fija en formas de mejorar la calidad de vida relacionada con la salud utilizando intervenciones como el entrenamiento en manejo del estrés, el recurso al apoyo social, y los programas de manejo de la enfermedad.

Finalmente, el Capítulo 18, que hemos llamado Futuros, concluye este libro con un resumen de algunas (pero no todas) las áreas de alcance en las que la investigación de la psicología de la salud ha mostrado que ha «marcado la diferencia». Por ejemplo, en qué áreas ha conseguido la investigación de la psicología de la salud tener «éxito» al trasladar los hallazgos de la investigación a las intervenciones. Concluimos con algunas reflexiones sobre lo que puede traer el futuro para la psicología de la salud, como práctica, como profesión y como voz informada para influir y conformar la futura política y práctica sanitaria.

Agradecimientos

Éste ha sido un proyecto importante que ha exigido la lectura de miles de artículos empíricos y de revisión publicados por psicólogos de la salud, sociales y clínicos de todo el mundo, muchos libros y capítulos de libros, y muchos periódicos para ayudar a identificar algunas de las cuestiones sanitarias «calientes». Se agradece a los investigadores que están detrás de todo este trabajo su contribución al campo.

A título más personal, hay varios investigadores clave y académicos reconocidos que también han ejercido de revisores de nuestros capítulos. Ellos han proporcionado opiniones sinceras y constructivas sobre cada página del libro. Ofrecieron sugerencias informadas que ¡realmente han hecho que este libro sea mejor de lo que hubiera sido sin ellas! También han identificado errores e incoherencias que resultan inevitables en un proyecto tan grande, y asumieron su papel con total seriedad.

También queremos mostrar nuestro agradecimiento al equipo de Pearson Education, con varios editores de desarrollo que se han turnado en la dirección y nos han guiado para superar unos pocos baches cuando las exigencias académicas y nuestras propias investigaciones nos impedían dedicar tiempo «al libro»: inicialmente Jane Powell, después, durante cuatro años, la maravillosamente alentadora Paula Parish, y finalmente David Cox, que nos guió durante los meses finales en los que nos resultaba difícil creer que ya no teníamos más tiempo para actualizar, añadir o quitar y que, en definitiva, ¡teníamos que entregar! Morten Fuglevand, el Editor de Adquisiciones, también merece nuestro agradecimiento por su paciencia y sentido del humor, y su fe en el producto final que, desde un primer mo-

mento, le llevó a garantizar la autorización de su empresa para «dar luz verde al proyecto». Creemos que marcó la diferencia, y esperamos que así lo creas tú. Para el equipo del diseño, el personal encargado de las adquisiciones de las fotografías, el dibujante y publicitas, gracias por mejorar nuestro texto con unos maravillosos añadidos.

Finalmente, a aquellos que preparaban café a altas horas de la madrugada mientras machacábamos nuestros teclados al Norte y Sur de Gales (nuestras familias), un sentido agradecimiento. A Dave, que aguantó mis ausencias, y que tuvo que hacer mucho más en casa de lo que ya hace (¡que es mucho!), y a Tanya, que se perdió algunas divertidas excursiones mientras mamá trabajaba otro fin de semana más: mi aprecio y mi amor eterno. A Gill, que estoicamente aguantó mis ausencias, día y noche.. ¡creo que te diste cuenta! Te quiero, y gracias por cuidar de mí.

VAL MORRISON

PAUL BENNETT

Mayo de 2005

AGRADECIMIENTOS DEL EDITOR

Estamos agradecidos a las siguientes personas por la autorización para reproducir el material con copyright que se relaciona a continuación:

Kate Taylor, por las caricaturas; Tabla 1.1, tomada de *The Nation's Health*, Departamento de Salud (el material con copyright de la Corona se ha reproducido con permiso del supervisor de la fábrica de papel y del impresor de la Reina para Escocia); Tabla 2.2 y Figura 2.1 tomadas de *Independent Inquiry into Inequalities in Health*, HMSO (Acheson, D., 1998), (el material con copyright de la Corona se ha reproducido con permiso del supervisor de la fábrica de papel y del impresor de la Reina para Escocia); Figura 2.2 tomada de *Fair Shares for All: Report of the National Review of Resource Allocation for the NHS in Scotland*, Scottish Executive, (el material con copyright de la Corona se ha reproducido con permiso del supervisor de la fábrica de papel y del impresor de la Reina para Escocia); Figura 3.1 tomada de 'Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk' en *Archives of Internal Medicine*, 162, pp. 1867-1872, American Medical Association (Wilson, P.W.F., D'Agostino, R.B., Sullivan, L., Parise, H. and Kannel, W.B., 2002); Tabla 3.1 adaptada de *Alcohol Policy and the Public Good* (Edwards, G. *et al.*, 1994), con permiso de Oxford University Press; Tabla 3.2 tomada de *Report 5*, International Center for Alcohol Policies (1998); Figura 3.3 tomada de BHF coronary heart disease statistics at www.heartstats.org, reproducida con permiso de the British Heart Foundation Health Promotion Research Group, University of Oxford; Figura 3.5 tomada de 'Condom use by age and gender' de Kaye Wellings, Julia Field, Anne M. Johnson & Jane Wadsworth a partir de *Sexual Behaviour in Britain: The National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles* (© Kaye Wellings, Julia Field, Anne M. Johnson & Jane Wadsworth 1994), reproducida con permiso de PFD (www.pfd.co.uk) en representación de Kaye Wellings, Julia Field, Anne M. Johnson & Jane Wadsworth; Figura 4.1 tomada de 'Young people meeting the MVPA guidelines on physical activity (%)' en *Young People's Health in Context – Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International Report from 2001/2002 Survey*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (Health Policy for Children and Adolescents, N.º 4), Figura 3.17, p. 94; Figura 4.2 tomada de 'A family tree of chromosome inheritance', © Dorling Kindersley; Figura 5.3 tomada de <http://userpage.fu-berlin.de/~health.hapa.htm>, reproducida con permiso del Prof. Dr. Ralf Schwarzer de la Freie Universität, Berlin; Figuras 8.1-8.4 tomadas de *Physiology of Behavior*, 8th edition, Allyn and Bacon, Boston, MA (Carlson, N., 2003), © 2004 de Pearson Education. Reproducidas con permiso del editor; Figura 9.1 tomada de 'A symptom perception approach to common physical symptoms' en *Journal of Social Science and Medicine*, 2344, pp. 2343-2354 (Kolk, A.M., Hanewald, G.J.F.P., Schagen, S. y Gijsbers van Wijk, C.M.T., 2003), © 2003 con permiso de Elsevier; Figura 9.2 tomada de *Making Sense of Illness: The Social Psychology of Health and Disease*

(Radley, A., 1994) reproducida con permiso de Sage Publications Ltd; Figura 9.3 tomada de 'Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and effect cognitive interactions' en *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), pp. 143-163 (Leventhal, H., Diefenbach, M. y Leventhal, E., 1992), Figura 1, p. 147, con permiso de Springer Science and Business Media; Figura 9.4 tomada de 'Determinants on three stages of delay in seeking care at a medical setting' en *Medical Care*, 7, pp. 11-29, Lippincott, Williams & Wilkins (Safer, M.A., Tharps, Q.J., Jackson, T.C. y Leventhal, H., 1979); Tabla 9.2 tomada de 'Seeking medical consultation: perceptual and behavioural characteristics distinguishing consulters and nonconsulters with function dyspepsia' en *Psychosomatic Medicine*, 62, pp. 844-852, Lippincott, Williams & Wilkins (Cheng, C., 2000); Figura 10.1 tomada de 'Breaking bad news: a review of the literature' en *Journal of the American Medical Association*, 276, pp. 496-502, American Medical Association (Ptacek, J.T.P. y Eberhardt, T.L., 1999); Tabla 11.1 tomada de 'The social readjustment rating scale' en *Journal of Psychosomatic Research*, 11, pp. 213-218 (Holmes, T.H. and Rahe, R.H., 1967), © 1967 Elsevier, Inc., con permiso de Elsevier; Figura 11.1 tomada de *Stress and Health: Biological and Psychological Interactions* (Lovallo, W.R., 1997) p. 77, © 1997 para Sage Publications, Inc. Reproducida con permiso de Sage Publications, Inc.; Figura 11.2 y Tabla 11.3 tomadas de *Stress and Health*, Brooks/Cole (Rice, P.L., 1992), reproducidas con permiso del autor; Figura 12.1 tomada de *Stress and Emotion: A New Synthesis* (Lazarus, R.S., 1999), pp. 198, reproducida con permiso de Free Association Books, Londres; Figura 12.2 tomada de 'Serum lipid concentrations, hostility, and cardiovascular reactions to mental stress' en *International Journal of Psychophysiology*, 28, pp. 167-79; Figura 12.3 tomada de 'Hardiness and health: a prospective study' en *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, pp. 168-177 (Kobasa, S.C., Maddi, S. y Kahn, S., 1982), publicado por American Psychological Association y adaptado con permiso; Figura 14.1 tomada de 'Quality of life: a process view' en *Psychology and Health*, 12, pp. 753-767 (Leventhal, H. and Coleman, S., 1997), reproducida con permiso de Taylor & Francis, www.tandf.co.uk/journals; Figura 15.1 tomada de 'Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients' en *Journal of Psychosomatic Research*, 47, pp. 537-543 (Petrie, K.J., Buick, D.L., Weinman, J. y Booth, R.J., 1999) © 1999 con permiso de Elsevier; Figura 15.2 tomada de 'Turning the tide: benefit finding after cancer surgery' en *Social Science and Medicine*, 59, pp. 653-662 (Schulz, U. and Mohamed, N.E., 2004) © 2004 con permiso de Elsevier; Figura 15.3 tomada de 'Interpersonal emotional processes in adjustment to chronic illness' en J. Suls y K.A. Wallston (eds) *Social Psychological Foundations of Health and Illness*, (De Vellis, R.F., Lewis, M.A. y Sterba, K.R., 2003), p. 263, reproducida con permiso de Blackwell Publishing Ltd; Figura 16.1 tomada de *Biological Psychology: An Introduction to Behavioural and Cognitive Science* (Rosenzweig, M.R., Breedlove, S.M. y Watson, N.V., 1996), p. 272, © 1996, reproducida con permiso de Sinauer Associates, Inc. Publishers.

En algunos casos hemos sido incapaces de localizar a los propietarios de imágenes con copyright, por lo que agradeceríamos cualquier información al respecto.

Revisores

También nos gustaría expresar nuestro agradecimiento a los revisores que desde el comienzo han estado involucrados en la elaboración de este libro. Les estamos extremadamente agradecidos por su perspicacia y útiles recomendaciones:

Sandra Horn, University of Southampton

Amy Spatz, investigadora Queen Mary, University of London – gracias también a FreshMinds por la coordinación de esta revisión

Denise de Ridder, Utrecht University, Netherlands

Fiona Jones, Institute of Psychological Sciences, University of Leeds

Martha C. Whiteman, University of Edinburgh

Dr Mark Forshaw, Leeds Metropolitan University

PARTE I

Cómo estar y mantenerse sano

¿Qué es la salud?

CAPÍTULO

1

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- Las principales concepciones sobre la salud y la enfermedad: las perspectivas biomédicas y biopsicosociales.
- Que la salud es algo más que la mera inexistencia de enfermedades físicas.
- Cuáles son los campos de la salud considerados importantes por distintos grupos de población.
- El papel de la edad y la etapa de desarrollo para definir los conceptos sobre la salud.
- El papel de la psicología para comprender la salud y la enfermedad.
- Los objetivos e intereses de la disciplina de la psicología de la salud.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

¿Qué es lo que queremos decir cuando utilizamos el término salud? Y, ¿nos referimos todos a lo mismo cuando utilizamos este término? Este capítulo analiza las distintas formas en que se ha identificado que la gente define y piensa sobre la salud: primero se ofrece una revisión histórica del concepto de salud que introduce el debate sobre la influencia de la mente sobre el cuerpo; y, segundo, se ilustra cómo varían los sistemas de creencias sobre la salud en función de factores como la edad y la cultura. Se ofrece evidencia empírica de estudios sobre poblaciones occidentales y no occidentales. También analizamos el problema de las diferencias del desarrollo sobre las percepciones que se tienen de la salud, y analizamos si los niños definen y piensan sobre la salud de forma distinta a un adulto o a una persona mayor. En este contexto de definición de la salud y de descripción de los sistemas de creencias sobre la salud, el capítulo pasa a introducir el campo de la psicología de la salud y destaca las áreas clave de interés de este campo. ¿Qué es la psicología de la salud y qué preguntas puede abordar?

¿Qué es la salud? Cómo han cambiado las perspectivas

Stone (1979) ha señalado que, hasta que no nos pongamos de acuerdo sobre el significado de la salud, y sobre cómo se puede medir, no seremos capaces de responder a las preguntas de cómo podemos proteger, mejorar y recuperar la salud. La raíz de la palabra inglesa salud (*health*) es «*wholeness*», totalidad, y los términos ingleses «sagrado» (*holy*) y «saludable» (*healthy*) comparten, sin duda, la misma raíz anglosajona¹, lo que tal vez explica por qué hay tantas culturas que asocian la una con la otra: por ejemplo, los curanderos y chamanes desempeñan ambos papeles. El hecho de que la raíz sea «totalidad» también sugiere una temprana existencia de una visión general de la salud que incluye los aspectos mentales y físicos. Esta visión no ha sido dominante a lo largo de la historia, como se ilustra en la siguiente sección.

Modelos de salud y enfermedad

Es necesario tener claro qué es la salud. Salud es una palabra que utiliza la mayoría de la gente, pero sin darse cuenta de que puede tener diferentes significados para distintas personas en diferentes momentos de la historia, en distintas culturas, en diversas clases sociales o incluso dentro de una misma familia, dependiendo, por ejemplo, de la edad. A continuación se describen algunas perspectivas distintas, pero no necesariamente opuestas, sobre la salud.

■ Relaciones entre mente y cuerpo

Los descubrimientos arqueológicos de cráneos humanos de la Edad de Piedra han atribuido los pequeños agujeros limpios que se han encontrado en algunos cráneos al proceso de «trepanación», por el que se perfora un agujero para que los espíritus malignos abandonen el cuerpo afligido. Parece que la enfermedad se atribuye a espíritus malignos. Sin embargo, en la Grecia antigua se tenía una visión ligeramente distinta de la asociación entre cuerpo y mente. El médico de la antigua Grecia Hipócrates (460-377 a. C.) consideraba que la mente y el cuerpo eran una unidad, pero no atribuía la enfermedad a los espíritus malignos, sino al equilibrio entre los fluidos circulatorios corporales (denominados humores: bilis amarilla, flema, sangre y bilis negra). Se pensaba que cuando una persona estaba sana los cuatro humores se encontraban en equilibrio, y que la enfermedad se producía cuando estaban desequilibrados debido a «patógenos» externos. Los humores estaban relacionados con variaciones estacionales y con las condiciones de calor, frío, humedad y sequedad, y se asociaba la flema con el invierno (frío-humedad), la sangre con la primavera (humedad-calor), la bilis negra con el otoño (frío-sequedad) y la bilis amarilla con el verano (calor-sequedad). Además, se pensaba que el nivel concreto de los

¹ Nota de los revisores. (En adelante, N. de los R.)

Teoría

Creencia o creencias generales sobre algunos aspectos del mundo en el que vivimos, o sobre los que en él viven, que pueden estar respaldadas, o no, por la evidencia empírica. Por ejemplo, las mujeres conducen peor que los hombres.

humores corporales dependía de las personalidades particulares: se asociaba un exceso de bilis amarilla a un temperamento colérico o enfurecido; la bilis negra se relacionaba con la tristeza; el exceso de sangre se asociaba con una personalidad sanguínea u optimista; y el exceso de flema con un temperamento tranquilo o flemático. Resulta interesante que, ya en la época de Hipócrates, se sugería que una alimentación sana ayudaría a preservar el equilibrio de los humores, lo que demuestra una temprana concienciación de la relación entre la nutrición y la salud (Helman, 1978). Por tanto, esta **teoría** humoral de la enfermedad atribuía el estar enfermo a las funciones corporales, pero también reconocía que los factores corporales tenían un efecto sobre la mente.

Esta perspectiva se mantuvo con Galeno (aproximadamente 129-199 d.C.), otro influyente médico griego. Galeno consideraba que existía una base física para la mala salud (física o mental) y creía que los cuatro humores corporales no sólo subyacían a los cuatro caracteres dominantes (el sanguíneo, el colérico, el flemático y el melancólico), sino que estos caracteres podían contribuir a experimentar determinadas enfermedades. Por ejemplo, propuso que las mujeres melancólicas tenían más probabilidades de padecer un cáncer de mama, lo que ofrecía, no sólo una explicación psicológica, sino también una explicación física, porque se pensaba que la propia melancolía se debía, a su vez, a elevados niveles de bilis negra. Por tanto, según esta visión había una relación mutua entre mente y cuerpo, pero sólo en términos de perturbaciones físicas y mentales, teniendo ambas una causa física subyacente. No se pensaba que la mente desempeñara un papel en la etiología de la enfermedad. Esta visión dominó el pensamiento durante muchos siglos posteriores, pero perdió predominio en el siglo XVIII cuando se desarrolló la medicina orgánica y, en concreto, la patología celular, que no respaldaba los fundamentos humorales. Sin embargo, la descripción de los tipos de personalidad de Galeno seguía en uso en la segunda mitad del siglo XX (Marks, Murray, Evan y Willig, 2000: 76-77).

Sin embargo, a principios de la Edad Media (siglos V-VI) las teorías de Galeno fueron perdiendo supremacía a medida que se fue vinculando cada vez más la salud con la fe y la espiritualidad. En esta época se consideraba que la enfermedad era el castigo de Dios por las malas acciones o, de forma parecida a las primeras perspectivas, como resultado de espíritus malignos que se apoderaban del alma. Se consideraba que los individuos tenían poco control sobre su salud, mientras que los sacerdotes, dada su capacidad percibida de recuperar la buena salud extrayendo a los demonios, sí tenían control. Se consideraba en general que el cuerpo y la mente trabajaban juntos, o al menos en paralelo, pero, puesto que el desarrollo de los conocimientos médicos estaba limitado por la prohibición de realizar investigaciones científicas como la disección, predominaban las explicaciones místicas y mentales. Estas explicaciones causales requerían, por tanto, un tratamiento siguiendo las líneas del castigo personal, la abstinencia del pecado, el rezo o un trabajo duro.

Estas perspectivas religiosas perduraron durante muchos, muchos siglos, empezando a ser puestas en duda a principios del siglo XIV y XV con el inicio del periodo conocido como el Renacimiento. El Renacimiento fue

un periodo de «resurgimiento», donde el pensamiento individual fue adquiriendo supremacía paulatinamente y la perspectiva religiosa pasó a ser sólo una de entre muchas. Además, la revolución científica de principios del siglo XVII dio lugar a un enorme resurgimiento del estudio académico y científico y del desarrollo de la medicina física. Las explicaciones de la enfermedad empezaron a ser, por tanto, cada vez más orgánicas y fisiológicas, quedando poco margen para las explicaciones psicológicas.

A principios del siglo XVII el filósofo francés René Descartes (1596-1650), al igual que los antiguos griegos, propuso que la mente y el cuerpo eran entidades separadas. Sin embargo, Descartes también propuso que era posible una interrelación entre ambos mundos, aunque la comprensión de estas interrelaciones entre mente y cuerpo era inicialmente limitada. Por ejemplo, ¿cómo era posible que un pensamiento, algo mental, sin propiedades físicas, pudiera causar una reacción corporal (por ejemplo, que se dispare una neurona) (Somes y Turnbull, 2002)? Esto se define como el **dualismo**, por el que se considera que la mente es «no material» (es decir, no es objetiva o visible, como los pensamientos y los sentimientos) y que el cuerpo es «material» (es decir, está hecho de «algo» real, de materia física, como nuestro cerebro, el corazón y las células). Se consideraba que lo material y lo no material eran independientes. Los médicos actuaban como guardianes del cuerpo, al que se consideraba como una máquina susceptible de investigación y explicaciones científicas. Por el contrario, los teólogos actuaban como los guardianes de la mente, un lugar no susceptible de ser sometido a la investigación científica. Se pensaba que la comunicación sugerida entre la mente y el cuerpo estaba bajo el control de una glándula pineal en el mesencéfalo (véase el Capítulo 8), pero no quedaba claro cuál era el proceso de esta interrelación. Puesto que Descartes creía que el alma abandonaba a los humanos en el momento de la muerte, la Iglesia empezó a aceptar ahora los estudios mediante disección y autopsias, y los siglos XVIII y XIX asistieron a un enorme crecimiento de la comprensión médica. La investigación anatómica, los trabajos de autopsias y la patología celular concluyeron que la enfermedad se localizaba en las células, y no en el desequilibrio de los humores.

Los dualistas desarrollaron el concepto del cuerpo como máquina (una perspectiva **mecanicista**), que sólo se podía comprender a partir de sus elementos constituyentes (moleculares, biológicos, bioquímicos, genéticos) entendiéndose la enfermedad a través del estudio de los procesos celulares y fisiológicos. El tratamiento durante estos siglos se hizo más técnico, recurriendo más a los diagnósticos, y centrado en el interior del cuerpo, con una implicación de los individuos tal vez más pasiva que antes, cuando se les había pedido que rezasen o que exorcizasen sus demonios para poder recuperar la salud. Este planteamiento respalda el **modelo biomédico** de la enfermedad.

Dualismo

La idea de que la mente y el cuerpo son entidades independientes (véase Descartes).

Mecanicismo

Planteamiento reduccionista que explica el comportamiento al nivel del órgano o la función física. Relacionado con el **modelo biomédico**.

Modelo biomédico

Planteamiento que afirma que las enfermedades y los síntomas tienen una explicación fisiológica subyacente.

■ Modelo biomédico de la enfermedad

En este modelo se considera que los síntomas de la enfermedad tienen una patología subyacente que se espera que se pueda curar mediante una inter-

vención médica, aunque la patología en sí sea inevitable. Una estricta adscripción al modelo biomédico llevaría a sus defensores a centrarse en hechos objetivos y a asumir una relación causal directa entre la enfermedad, sus síntomas o patología subyacente, y los resultados de los ajustes. Esta visión relativamente mecanicista de cómo funcionan nuestros cuerpos y sus órganos, de cómo fallan y de cómo se pueden tratar, deja poco margen a la subjetividad. La visión biomédica ha sido descrita como reduccionista: es decir, la idea básica de que la mente, la materia (el cuerpo) y el comportamiento humano se pueden reducir, y explicarse, todos, en el ámbito de las células, la actividad neuronal o la actividad biomédica. El reduccionismo tiende a ignorar la evidencia empírica de que las distintas personas reaccionan de diferente manera a la misma enfermedad subyacente, debido a diferencias en, por ejemplo, la personalidad, los conocimientos, los recursos de apoyo social o las creencias culturales (*véanse* los capítulos posteriores).

■ Modelo biopsicosocial de la enfermedad

Lo que tal vez se aproxime más a la «verdad», tal y como la entendemos en la actualidad, es la perspectiva del monismo dual: los que respaldan esta perspectiva se mostrarían de acuerdo en que hay un tipo de «materia» (monismo) pero sugerirían que se puede percibir de dos formas distintas: objetiva y subjetivamente. Por ejemplo, muchas enfermedades tienen causas subyacentes orgánicas, pero también suscitan respuestas individuales singulares debido a la acción de la mente. Así pues, aunque ciertas facetas del pensamiento reduccionista y del pensamiento dualista han sido útiles, promoviendo, por ejemplo, nuestra comprensión de la etiología y curso de muchas enfermedades infecciosas y graves (Larson, 1999), como las enfermedades coronarias y el SIDA, propondríamos que el papel de la «mente» en la manifestación y la respuesta a la enfermedad es crucial para mejorar nuestra comprensión de la compleja naturaleza de la salud y la enfermedad. Analice, por ejemplo, la amplia evidencia empírica del «dolor del miembro fantasma» en las personas que han padecido una amputación: ¿cómo puede haber dolor en un miembro que ya no se tiene? La subjetividad, en términos de creencias, expectativas y emociones, interactúa con las acciones corporales para desempeñar un papel importante en la experiencia de síntomas o enfermedades (*véase* el Capítulo 9 en cuanto a percepción de síntomas, y el Capítulo 11 en cuanto a reacción al estrés). Este manual quiere ilustrar que los factores psicológicos y sociales pueden sumarse a las explicaciones biológicas o biomédicas y a la comprensión de las experiencias de buena salud y enfermedad. En la psicología de la salud se utiliza el enfoque **biopsicosocial**. Se puede encontrar una prueba del cambio del pensamiento en un editorial del *British Medical Journal* (Bracken y Thomas, 2002) que sugiere que ha llegado la hora de «ir más allá de la división entre cuerpo y mente». Los autores señalan que, por el simple hecho de que la neurociencia nos permita ahora analizar la «mente» y su funcionamiento utilizando dispositivos de escáner y de medición cada vez más sofisticados, no significa que estemos avanzando en nuestra compren-

Biopsicosocial

Planteamiento que afirma que se pueden explicar las enfermedades y los síntomas mediante una combinación de factores físicos, sociales, culturales y psicológicos (*véase* Engel, 1977).

sión de la «mente»: los pensamientos, sentimientos y demás que constituyen nuestra vida y la dotan de significado. Comentan que «la idea de que nuestra vida mental es una especie de mundo encerrado en nuestro cerebro no hace justicia a la realidad de la experiencia humana» (pág. 1434). El hecho de que este editorial haya sido publicado en una revista médica con una postura biomédica tradicional sugiere que el «legado» de Descartes está debilitándose finalmente.

■ Refutación del dualismo: los modelos psicosociales de la salud y la enfermedad

Históricamente ha habido tensión entre los que consideraban que la mente y el cuerpo están separados (dualistas) y los que los consideraban como una unidad (monistas), pero la atención se centra cada vez más en la relación bidireccional entre mente y cuerpo. La psicología ha desempeñado un papel significativo para cambiar esta perspectiva. Una influencia clave fue Sigmund Freud en las décadas de 1920 y 1930, que redefinió el problema de la mente-cuerpo como un problema de la «consciencia». Freud postuló la existencia de una «mente inconsciente» tras examinar a pacientes con trastorno de conversión. Se identificaron conflictos inconscientes durante la hipnosis, y utilizando técnicas de asociación libre, como la «causa» de perturbaciones físicas como parálisis y pérdida de sensación observada en algunos pacientes para los que no había ninguna explicación física subyacente (por ejemplo, Freud y Breuer, 1895).

Freud desencadenó muchos trabajos sobre el conflicto inconsciente, la personalidad y la enfermedad, que en última instancia llevaron al desarrollo del campo de la *medicina psicosomática* tal y como lo conocemos en la actualidad. Los primeros trabajos afirmaban que determinada personalidad provocaría determinada enfermedad (por ejemplo, la personalidad



propensa a la úlcera de Alexander) y, aunque la evidencia empírica de la causalidad directa ha resultado ser limitada, estos avances del pensamiento sí que sentaron las bases para los fascinantes estudios de los procesos fisiológicos que pueden relacionar el tipo de personalidad con la enfermedad (*véase* en el Capítulo 11 el análisis de, por ejemplo, las asociaciones entre la hostilidad y las enfermedades coronarias). Sin embargo, una limitación que emana de este trabajo es que, entre los que se adhieren a una perspectiva estrictamente biomédica, las enfermedades sin ninguna causa orgánica identificable seguían consideradas como desórdenes nerviosos o condiciones psicosomáticas para las que no solía haber tratamiento médico. Sin embargo, los psicólogos han destacado la necesidad de que la medicina adopte un planteamiento más holístico y que tenga en cuenta el papel que desempeñan los factores sociales y psicológicos en la etiología, curso y consecuencias de una enfermedad. El modelo biopsicosocial apunta hacia un modelo biomédico de la salud y de la enfermedad como un modelo que engloba y pone el énfasis en la interacción entre los procesos biológicos y las influencias psicológicas y sociales (Engel, 1977, 1980). Hacerlo así, ofrece una explicación compleja y multivariante, pero potencialmente más integral, de la experiencia humana de la enfermedad.

Comportamiento y salud

El drástico incremento de la esperanza de vida experimentado en los países occidentales durante el siglo XX, debido en parte a los avances de la tecnología y los tratamientos médicos y, más notablemente, por la aparición de los antibióticos en la década de 1940 (aunque Fleming descubrió la penicilina en 1928, tuvieron que pasar algunos años antes de que la penicilina y otros antibióticos estuvieran disponibles de forma general), ha llevado a una creencia generalizada, por lo menos en las culturas occidentales, en la eficacia de la medicina tradicional y en su poder para erradicar las enfermedades. El mayor control de las enfermedades infecciosas mediante la vacunación, la higiene y los avances en los tratamientos farmacológicos son explicaciones parciales de que la esperanza de vida al nacer haya aumentado de los 47 años en 1900 a 74,6 años en 1980 (Whelan, 1988); a mediados de la década de 1980 oscilaba en los distintos países occidentales desde 74,1 en Grecia hasta 77,4 en Japón y 74,7 en Estados Unidos. Sin embargo, merece la pena señalar que la disminución de la mortalidad precedió a los grandes programas de inmunización y que otras razones sociales y medioambientales más generales, como los avances en la educación y en la agricultura, que provocaron cambios de la dieta, o el desarrollo de los sistemas de alcantarillado y de retirada de residuos domésticos, tienen una gran responsabilidad en la mejora de la salud pública.

Hace 100 años, las 10 principales causas de muerte eran enfermedades infecciosas como la tuberculosis y la neumonía, siendo las enfermedades como la difteria y el tétano muy comunes. Si se hubiera preguntado a las personas que vivían entonces qué es lo que pensaban que significa estar sano, es posible que hubieran contestado «evitar las infecciones, beber agua

limpia, vivir hasta los 50 o 60 años». La muerte era frecuentemente el resultado de que enfermedades muy infecciosas se convirtieran en epidemias en comunidades que no estaban protegidas por la inmunización o que no tenían condiciones higiénicas adecuadas. Sin embargo, en el último siglo, al menos en los países desarrollados, se ha producido una disminución de las muertes debidas a enfermedades infecciosas, y los «diez principales asesinos» ya no mencionan a la tuberculosis, las fiebres tifoideas o el sarampión, sino que, por el contrario, figuran el cáncer, las enfermedades pulmonares y los accidentes (véase la Tabla 1.1). Estas enfermedades tienen un componente conductual en tanto en cuanto han sido relacionadas con comportamientos como el consumo de tabaco, el consumo excesivo de alcohol, el creciente estilo de vida sedentario y una mala dieta. Se estima que aproximadamente entre las dos terceras partes (Doll y Peto, 1981) y las tres cuartas partes (Peto y López, 1990) de las muertes por cáncer son atribuibles, al menos en parte, a nuestro comportamiento (observe que Peto aumentó esta estimación en los nueve años transcurridos entre las dos publicaciones citadas). Por tanto, la naturaleza de las enfermedades ha cambiado drásticamente incluso en el siglo XX. El crecimiento de las muertes por cáncer durante los últimos 100 años se debe, en parte, a que las personas viven durante más tiempo con enfermedades de las que anteriormente hubieran muerto; así pues, alcanzan edades en que la **incidencia** del cáncer es mayor. En Estados Unidos las muertes por cáncer se han triplicado desde 1900 (Baum, Gatchel y Krantz, 1997) y, aunque estas cifras no se pueden atribuir por completo al incremento del consumo de tabaco y a otros comportamientos relacionados con el cáncer, el comportamiento de las personas sí que aumenta este riesgo de enfermedad de manera significativa.

A nivel mundial, las principales causas de muerte incluyen las enfermedades coronarias, el cáncer, los accidentes y los desórdenes respiratorios,

Incidencia

Número de nuevos casos de una enfermedad que se producen durante un determinado periodo de tiempo; no debe confundirse con prevalencia, que hace referencia al número de casos de enfermedad identificados en una población en un momento dado.

Tabla 1.1 Comparación de las principales causas de muerte, 1900-2000 (Inglaterra y Gales)

Posición	1900	1995	2000
1	Gripe y neumonía	Cáncer	Cáncer (todos)
2	Tuberculosis, en todas sus formas	Enfermedad coronaria	Enfermedad coronaria
3	Gastroenteritis	Infarto	Neumonía
4	Enfermedad coronaria	Neumonía	Infarto
5	Infarto	Enfermedad pulmonar crónica	Enfermedad pulmonar
6	Enfermedad renal	Accidentes	Accidentes
7	Accidentes	Suicidio	Suicidio
8	Cáncer	Diabetes melitosa	Enfermedad renal
9	Enfermedades de la infancia	Enfermedad renal	Diabetes
10	Difteria		

■ Datos de 1900 de la Organización Mundial de la Salud, www.who.int/countries/gbr

■ Datos de 1995 y 2000 del Department of Health, *The Nation's Health*, www.doh.gov.uk

■ La única diferencia por géneros en 1995 es: en séptima posición el suicidio para los hombres, y las enfermedades renales en el caso de las mujeres; en 2000 es la inversión de la posición de la diabetes y el suicidio en el caso de las mujeres, es decir, la diabetes ocupa la séptima posición.

predominando el SIDA en muchos países africanos y asiáticos, siendo en el ámbito global la cuarta causa de muerte. La Organización Mundial de la Salud (2002) afirma que la esperanza de vida al nacer en el África subsahariana es de 47 años, pero señala que sería de aproximadamente 62 años si no hubiera SIDA.

La vinculación entre comportamiento individual, salud y enfermedad, no sólo respecto a las infecciones de VIH y SIDA, proporciona una razón clave de por qué ha crecido rápidamente la psicología de la salud debido a su atención a las influencias personales y sociales sobre el comportamiento relacionado con la salud (*véanse* los Capítulos 3 y 4).

Cabe esperar, dados los cambios en las causas de muerte, que la perspectiva sobre qué es la salud también podría haber cambiado con el tiempo. Por ejemplo, en la Gran Bretaña del siglo XVIII se consideraba que la salud era un «ideal igualitario» al que todos aspiraban y que potencialmente estaba bajo el control del individuo. Los ricos disponían de médicos que les servían de «ayudantes» para mantenerse sanos. Sin embargo, a mediados del siglo XX las cosas habían cambiado, con la nueva legislación sobre las prestaciones por enfermedad y gracias a los adelantos tecnológicos y médicos de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento. La salud pasó a estar inextricablemente ligada a la «capacidad de trabajar», y se exigía a los médicos que declarasen si los individuos estaban «capacitados para trabajar» o si tenían que ser «dados de baja» (*véase también* el Capítulo 10). Hoy en día hay muchas personas que siguen considerando la enfermedad desde el punto de vista de sus efectos sobre su vida laboral, aunque algunos se fijan en las condiciones de trabajo y en el cargo desempeñado y analizan sus efectos sobre las enfermedades (*véase* el análisis sobre el estrés ocupacional en el Capítulo 11).

Otro cambio experimentado a lo largo del tiempo es el supuesto de que la medicina tradicional puede curarnos, y nos curará, de todas las enfermedades. Esta perspectiva ha sido puesta en duda en las últimas décadas en la medida en que hay muchas más personas que analizan ahora las potenciales consecuencias negativas de los tratamientos, sobre todo de los tratamientos farmacológicos, y, por ello, ha florecido la industria de la «medicina alternativa».

Perspectiva individual, cultural y de la esperanza de vida sobre la salud

Teorías ingenuas sobre la salud y la enfermedad

Si se quiere tener una comprensión plena de la salud y la enfermedad, es necesario averiguar qué es lo que cree la gente sobre qué es la salud y la enfermedad. La forma más sencilla de hacerlo es preguntando. Uno de los primeros estudios realizados por Bauman (1961) planteaba la pregunta

«¿qué significa estar sano?» y descubrió que las personas dan tres tipos de respuesta:

1. que la salud significa una «sensación general de bienestar»;
2. que la salud se identifica con la «ausencia de síntomas de una enfermedad»;
3. que la salud se puede ver en «las cosas que puede hacer una persona que está en buena forma física».

Afirmó que estos tres tipos de respuesta revelan que la salud está relacionada con:

- sentimientos,
- orientación a los síntomas,
- rendimiento.

Merece la pena señalar que los encuestados en el estudio de Bauman no respondieron en categorías discretas: casi la mitad de la muestra utilizó dos de las categorías anteriores, y el 12 por ciento utilizó los tres tipos de definición, destacando el hecho de que nuestras ideas sobre la salud suelen ser multifacéticas. También es necesaria una palabra de advertencia antes de generalizar estas conclusiones. La muestra de Bauman estaba compuesta por pacientes con diagnósticos de enfermedades graves, y es probable que las personas sanas tuvieran ideas distintas sobre la salud.

Se ha demostrado que los factores como el estado actual de la salud influyen sobre las visiones subjetivas de la salud y sobre lo que se dice que «es la salud». Por ejemplo, Benyamini, Leventhal y Leventhal (2003) pidieron a casi 500 personas mayores que clasificaran los factores en orden de importancia en función de sus opiniones subjetivas sobre la salud, y se concluyó que los factores más importantes estaban relacionados con el funcionamiento físico y la vitalidad (ser capaz de hacer lo que uno quiere/tiene que hacer). Sin embargo, el estado de salud actual de la muestra (mala/regular; buena, muy buena/excelente) influía sobre otras opiniones; por ejemplo, los que tenían una salud mala/regular basaban su opinión de la salud en los recientes síntomas o indicadores de la mala salud, mientras que los que tenían una buena salud utilizaban indicadores más positivos (ser capaz de hacer ejercicio, ser feliz). Las opiniones subjetivas sobre la salud estaban más relacionadas con el comportamiento saludable en los individuos «más sanos». Krause y Jay (1994), al analizar los marcos de referencia que utilizan las personas cuando se les pide que evalúen su propia salud, concluyen que los encuestados de más edad hacen referencia a los *problemas* de salud para realizar la valoración mientras que los más jóvenes se refieren mayoritariamente al **comportamiento saludable**. Esto plantea la cuestión de que la salud sea considerada de manera distinta cuando es mala. Se considera que la salud es buena cuando no hay nada que vaya mal (tal vez más común entre las personas mayores) y cuando una persona se comporta de forma que protege su salud (tal vez más común entre los más jóvenes). También destaca que los demás factores personales y sociales, como la edad, influyen sobre las percepciones de la salud, tal y como se describe en la próxima sección.

Comportamiento saludable

Comportamiento de un individuo, independientemente de su estado de salud, como medio para protegerse, fomentar o mantener su salud, por ejemplo, con la dieta.

■ Representaciones sociales de la salud

Un estudio muy citado realizado por Herzlich (1973) realizó entrevistas sin estructurar con una pequeña muestra ($n = 80$) de adultos franceses para valorar las «representaciones sociales» de la salud y la enfermedad (*véase también* el Capítulo 9) y concluyó que, aunque era difícil para algunos diferenciar entre salud y ausencia de enfermedad, parece que la salud se consideraba como un estado de equilibrio entre diversas facetas de una persona, incluyendo cuestiones físicas, psicológicas, emocionales y de bienestar social. Bennett (2000, pág. 67) considera que esas representaciones de la salud diferencian entre la salud como una cuestión de «estar», es decir, si no se está enfermo, entonces se está sano; «tener», es decir, tener buena salud es un recurso o una reserva positiva; y «hacer», es decir, la salud viene representada por la capacidad o funcionalidad física (como se concluyó en el estudio mencionado anteriormente de Benyamini *et al.* sobre las personas mayores). Las similitudes entre los estudios de Herlitz y Bauman son notables, aunque los encuestados por Bauman parecen haberse centrado más en los aspectos de «estar» sano y «hacer», que puede deberse en parte a que «tener» salud como un recurso no predominaba en la mente de su muestra de pacientes.

Una imagen más representativa del concepto de la salud se puede extraer de una gran encuesta realizada mediante un cuestionario a 9.000 personas del público general, la encuesta *Health and Lifestyles* (Blaxter, 1990). Sus conclusiones sugieren que los conceptos de la salud son tal vez incluso más complejos que lo que sugerían los estudios anteriores. Esta encuesta pedía a los encuestados:

- Piense en alguien que conozca que esté muy sano.
- Defina en quién está pensando (amigo/familiar, etc.; no hace falta que dé el nombre).
- Diga la edad que tiene.
- Diga qué es o qué le hace decir que es una persona sana.
- Diga qué siente cuando está sano.

Aproximadamente el 15 por ciento no podía pensar en *nadie* que estuviera «muy sano» y alrededor del 10 por ciento no pudo describir qué es lo que consideraba «sentirse sano». Esta incapacidad de describir qué es lo que se siente cuando se está sano resultaba particularmente evidente entre los jóvenes varones, que creían que la salud era lo normal, una condición habitual que daban tanto por sentado que no podían poner en palabras. Por comparación, un grupo más pequeño, compuesto fundamentalmente por mujeres mayores, no podía responder por exactamente la razón opuesta: llevaban tanto tiempo con una mala salud que no podían recordar qué es lo que sentían cuando estaban bien, o estaban expresando al entrevistador su pesimismo por su condición (Radley, 1994: pág. 39).

Las categorías de salud identificadas a partir de las conclusiones de la encuesta eran:

- *Salud como no estar enfermo*: es decir, si no tengo síntomas ni tengo que ir al médico estoy, por tanto, sano.

- *Salud como reserva*: es decir, provengo de una familia fuerte; me recupero rápidamente de una enfermedad.
- *Salud como comportamiento*: se suele aplicar a los demás más que a uno mismo; por ejemplo, los demás están sanos porque se cuidan, hacen ejercicio, etc.
- *Salud como buena forma física y vitalidad*: utilizado con más frecuencia por los encuestados más jóvenes y, a menudo, en referencia al varón: el concepto de salud del varón está más comúnmente ligado a «sentirse en buena forma», mientras que las mujeres tenían un concepto de «sentirse llenas de energía» y enraizaban más la salud en el mundo social en cuanto a tener vitalidad y buenas relaciones con los demás.
- *Salud como bienestar psicosocial*: la salud definida en términos de la situación mental de una persona; por ejemplo, estar en armonía, sentirse orgulloso o, más concretamente, disfrutar de estar con los demás.
- *Salud como función*: la idea de la salud como la capacidad de realizar las obligaciones de uno; es decir, ser capaz de hacer lo que uno quiere cuando uno quiere sin sentirse incapacitado en modo alguno por una mala salud o una limitación física [relacionado con el concepto de la Organización Mundial de la Salud de la discapacidad; es decir, una incapacidad de desempeñar el papel social normal de uno mismo, lo que suele dar lugar a algún tipo de impedimento o discapacidad (OMS, 1980)].

Por tanto, estas categorías confirman la presencia de la salud como algo más que físico, es decir, como algo que engloba el bienestar psicosocial, y parecen ajustarse a las clasificaciones de «estar» y «hacer» de Herzlich (véase Bennett, 2000, pág. 66) y las conclusiones de Bauman sobre los grupos de creencias acerca de «la salud como no estar enfermo». Por lo general, podemos concluir que estas dimensiones de la salud son bastante sólidas (al menos en la cultura occidental).

Otra conclusión importante es que las valoraciones subjetivas de la salud se realizan mediante comparaciones con los demás y, de forma similar, se puede dar forma al concepto que tiene uno mismo de qué es la salud y qué no. Por ejemplo, Kaplan y Baron-Epel (2003) entrevistaron a 383 residentes en Israel y concluyeron que los jóvenes que consideraban que tenían una salud inferior a la óptima no se estaban comparando con personas de la misma edad, mientras que muchas personas más mayores con una salud inferior a la óptima sí. Cuando se tiene una salud óptima, más jóvenes que viejos se comparan con personas de su misma edad. Los autores interpretan estas conclusiones como la prueba de que la gente intenta darse la mejor evaluación posible: es probable que una persona joven considere que sus homólogos están generalmente sanos así que, si considera que ella no lo está, no querrá realizar esta comparación. Por el contrario, las personas más mayores, cuando no gozan de buena salud, tienen más probabilidades de compararse con otras personas de su misma edad, que pensarán normalmente que no tienen buena salud en general y, por tanto, su propia situación parecerá menos anormal. Si se pide a una persona, como se hacía

en el estudio de Bauman, que diga qué es lo que considera «estar sano», la gente se sentirá inevitablemente inclinada a hacer este tipo de comparaciones. La salud es un estado relativo.

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud

Las dimensiones de la salud descritas en los párrafos anteriores quedan reflejadas en la definición de la salud de la OMS (1947) como «un estado de total bienestar físico, mental y social y... no la mera ausencia de una enfermedad o dolencia». Esta definición considera que los individuos se merecen, en un mundo ideal, estar en un estado positivo, tener una sensación general de bienestar y de funcionamiento pleno. En 1978 la OMS puso en marcha la Estrategia Global Para La Salud Para Todos Para El Año 2000, que tenía como objetivo «la consecución por parte de todos los ciudadanos del mundo, en el año 2000, de un nivel de salud que les permita tener una vida productiva social y económicamente» (OMS, 1981)². Esta estrategia dio lugar al desarrollo de documentos sobre política sanitaria en muchos países, como el Libro Blanco *The Health of the Nation* de Inglaterra (DoH, 1992), y el informe *Saving Lives: Our Healthier Nation* (Department of Health, 1999b), que definen objetivos para la reducción de los cánceres, enfermedades coronarias, infartos y el SIDA. En Inglaterra los objetivos consistían en reducir los cánceres en una quinta parte o más en el grupo de edad de menos de 75 años, y reducir las enfermedades coronarias y los infartos en las dos quintas partes antes del año 2010. Aunque los objetivos de la OMS no se cumplieron por completo en el año 2000, se han logrado ciertos avances, como la reducción, por ejemplo, de la mortalidad debida a determinados tipos de cánceres.

Cada uno de estos documentos políticos supone que existe una clara relación entre el comportamiento de las personas, el estilo de vida y la salud. Sin embargo, frecuentemente lo que no se aborda de forma tan clara, ni tampoco se manifiesta explícitamente en la definición anterior de la salud de la OMS, son las influencias culturales y socioeconómicas sobre la salud, la enfermedad y las decisiones relativas a la salud. Estas importantes influencias sobre la salud se tratarán en el próximo capítulo. La definición de la OMS tampoco hace una mención explícita del papel de la «psique» que, como se mostrará en este manual, desempeña un papel principal en la experiencia de la salud y la enfermedad.

Perspectivas interculturales sobre la salud

Lo que se considera como una salud «normal» varía entre las culturas y como resultado del entorno cultural, político y económico de la época en la que vive una persona. Piense en cómo se trata la gestación en la mayoría de las civilizaciones occidentales (es decir, se da un tratamiento médico) frente a muchas regiones del Tercer Mundo (tratamiento natural). Incluso la forma en que se juzga determinado comportamiento difiere en

² N. de los R.: En 1986 se aprueba en España la Ley General de Sanidad.

función de la época y las distintas culturas. Por ejemplo, la dependencia del alcohol ha pasado de ser considerada como legal y un problema moral, por el que los que abusaban del alcohol eran consideradas personas que se desviaban de la norma, a ser considerada como una enfermedad que se trata en clínicas, y el consumo de tabaco ha pasado de ser considerado como algo glamoroso e incluso deseable a ser socialmente indeseable y un indicador de poca fuerza de voluntad. Tal vez como reflejo de este cambio se haya producido la caída del consumo de tabaco entre las personas con más de 16 años en Inglaterra, que ha pasado del 41 por ciento en 1976 al 28 por ciento en 1996 (*General Household Survey: Thomas, Walker, Wilmot y Bennett, 1998*)³.

Lo que se considera normal y lo que se define como enfermedad en una determinada cultura puede tener todo tipo de consecuencias. Si se etiqueta determinado comportamiento como enfermizo, las consecuencias variarán en gran medida de las que se producirían si el comportamiento fuera etiquetado como de desviación de la norma; por ejemplo, las respuestas sociales al uso de drogas ilícitas han pasado de la prohibición y la criminalización a ser considerado como enfermedad que requiere tratamiento.

Existe una creciente evidencia empírica de que las perspectivas occidentales sobre la salud difieren de diversas formas de la idea de la salud en las civilizaciones no occidentalizadas. Chalmers (1996) señala perspicazmente que los occidentales dividen la mente, el cuerpo y el alma en cuanto a la asignación de la atención que reciben de psicólogos y psiquiatras, profesionales médicos y el clero. Observa que no es el caso en algunas culturas africanas, en las que estos tres «elementos de la naturaleza humana» están integrados en la forma en que una persona los contempla y en cómo se atienden. La visión holística tiene en cuenta los aspectos sociales así como los biológicos, los aspectos espirituales y los interpersonales, y considera que la salud es un estado integrado compuesto por todos estos elementos. Hasta hace poco, al desarrollarse la investigación sobre la calidad de vida (*véase el Capítulo 14*), rara vez se consideraba que el bienestar espiritual contribuyera a la percepción de la salud de una persona. Además, si se atribuyese en voz alta la buena salud continuada al «espíritu de un antepasado» es probable que se provocara la sorpresa de los presentes. Aunque no sean frecuentes, existen explicaciones espirituales en los informes occidentales; por ejemplo, se puede considerar que algunas fuerzas sobrenaturales, como la fe o la recompensa de Dios, respaldan la buena salud. Las fuerzas sobrenaturales negativas, como los «hechizos» o el «mal de ojo», también pueden compartir la responsabilidad de una enfermedad, como ponen en evidencia los estudios interculturales de la atribución de las enfermedades (por ejemplo, Landrine y Klonoff, 1992, 1994) y, como se ha descrito anteriormente, en periodos históricos anteriores.

³ En España se observa un sensible descenso en el consumo de tabaco por parte de los varones mayores de 15 años (ha pasado del 55 en 1987 al 42,1% en 2001). En las mujeres se ha producido un aumento del 23 por ciento en 1987 al 27,2 por ciento en 2001. Este incremento es especialmente significativo entre las mujeres con edades comprendidas entre los 16 y los 24 años, entre quienes la prevalencia en 2001 era del 42,7 por ciento, superior a la de los hombres de ese mismo grupo de edad (40,8%).

Colectivismo

Filosofía cultural que se centra en el individuo como parte de una unidad más amplia y pone el énfasis en las acciones promovidas por las necesidades y deseos del colectivo, y no del individuo.

Individualismo

Filosofía cultural que asigna la responsabilidad al propio individuo; así pues, el comportamiento suele estar motivado por las necesidades y deseos del individuo, en vez de por las necesidades o deseos de la comunidad.

Holismo

Que tiene su raíz en la palabra inglesa de totalidad (*wholeness*)⁴; los planteamientos holísticos se ocupan de todo el ser y de su bienestar, en vez de centrarse únicamente en lo físico u observable.

Además de las influencias espirituales sobre la salud, los estudios realizados en algunas regiones africanas consideran que la comunidad o la familia colaboran juntas por el bienestar de todos. Este enfoque **colectivista** de tener buena salud y evitar la enfermedad es muy diferente de nuestro enfoque **individualista** de la salud (tenga en cuenta todo el tiempo en que se ignoró la evidencia empírica sobre los fumadores pasivos). Por ejemplo, encontramos en un estudio de comportamiento preventivo para evitar las enfermedades tropicales endémicas entre los malawianos que las acciones sociales para impedir la infección (por ejemplo, la limpieza de las camas de cáñamo) se cumplieron más que las acciones preventivas personales (por ejemplo, baños en agua canalizada o tomarse la dosis de cloroquina) (Morrison, Ager y Willock, 1999). Las culturas colectivistas ponen el énfasis en las necesidades del grupo en mayor medida que las culturas individualistas, que ponen el énfasis en la singularidad de sus miembros (Matsumoto *et al.*, 1996, citado en Marks *et al.*, 2000: 56). Evidentemente, los esfuerzos de promoción de la salud tienen que reconocer que existen distintas idiosincrasias subyacentes si se quiere que las prácticas de prevención sanitaria tengan la máxima eficacia posible (*véanse* los Capítulos 6 y 7).

En el mundo occidental existe un creciente reconocimiento del valor de los remedios no tradicionales (médicos) para el mantenimiento de la salud o el tratamiento de los síntomas, y las industrias de las terapias y medicinas alternativas han crecido enormemente. Esta combinación de medicina occidental y de medicina no médica/tradicional lleva mucho tiempo siendo algo común en muchas regiones del África subsahariana donde, por ejemplo en Malawi, una persona puede acudir a un sanador o a un herbolario, así como a una clínica occidental local, para comprar antibióticos. Se admite la visión biomédica de algunas enfermedades (por ejemplo, de la malaria) y la medicina occidental está aumentando su aceptación, tanto en cuanto a su disponibilidad como en cuanto a la comprensión de sus métodos y de su eficacia por parte de la población (Ager, Carr, Maclachlan *et al.*, 1996). Sin embargo, esta comprensión de los conocimientos subyacentes respecto al comportamiento relativo a la enfermedad y a la salud sigue siendo limitada, y es necesario que se siga investigando en esas culturas.

Varias culturas orientales (la japonesa, la china) han demostrado un planteamiento colectivista y **holístico** similar sobre la salud. Por ejemplo, tras un estudio comparativo entre estudiantes canadienses y japoneses, Heine y Lehman (1995) destacaron la necesidad de «diferenciar entre las culturas que promueven y validan a “seres independientes”, es decir, que encuentran el significado mediante la singularidad y la autonomía, y las culturas que promueven y validan a “seres interdependientes”, es decir, que encuentran el significado de la vida a través de las relaciones con los demás y con la comunidad a la que se pertenece» (Morrison, Ager y Willock, 1999: 367). Esto nos devuelve a la diferenciación anterior entre culturas «colectivas» e «individualistas» y también puede ejercer una influencia sobre cómo percibe cada uno la salud. Las culturas que promueven seres interdependientes tienen más probabilidades de considerar que la

⁴ N. de los R.

salud es una cuestión relativa al funcionamiento social más que relativa al funcionamiento personal, la buena forma personal, etc. Varios estudios de investigación realizados por George Bishop y sus colegas (por ejemplo, Quah y Bishop, 1996; Bishop y Teng, 1992) han observado que los adultos singapurenses chinos consideran que la salud es un estado de armonía en el que los sistemas internos y externos se encuentran en equilibrio y, en aquellas circunstancias en las que se desequilibran, peligra la salud. El *yin*, la energía positiva, tiene que estar en equilibrio con el *yang*, la energía negativa (¡que también se considera que es femenina!) Las culturas orientales mantienen creencias espirituales sobre la salud y la enfermedad, atribuyéndose frecuentemente la enfermedad o la mala fortuna a una predestinación. Como veremos en un capítulo posterior (Capítulo 9), la utilización de la atención sanitaria, ya sea tradicional u occidental, dependerá, en parte, de la fortaleza de estas creencias y valores culturales del individuo. El discurso sobre la enfermedad refleja la idea dominante en cada cultura, y en diversas partes de este manual deberá quedar patente que la forma que tienen los individuos de pensar en la enfermedad y en la salud conforma sus expectativas, sus conductas de salud y la utilización de recursos de promoción y cuidado de la salud.

Ciclo vital, envejecimiento y creencias sobre la salud

El bienestar psicológico, y la salud social y emocional no sólo están influidos por el proceso de envejecimiento, sino que también se ven afectados por la enfermedad, la discapacidad y la hospitalización, que son todas experiencias que se pueden padecer a cualquier edad. No son sólo las personas mayores las que experimentan enfermedades prolongadas, como se demuestra en la encuesta de jóvenes con edades entre 2 y 24 años (utilizando informes realizados por los padres para los que tenían edades inferiores a los 13 años), que concluyó que aproximadamente la cuarta parte de los jóvenes tenía una enfermedad de larga duración (fundamentalmente problemas respiratorios como el asma) (estadísticas de la encuesta Health Survey for England, www.doh.gov.uk/stats/selfrep.htm).

Sin embargo, los profesionales de la sanidad deben conocer determinadas cuestiones relacionadas con el desarrollo si quieren promover el bienestar físico, psicológico, social y emocional de su paciente o cliente. Aunque la próxima sección analiza brevemente las cuestiones relacionadas con la esperanza de vida en relación con las percepciones de la salud, se recomienda que los lectores interesados también consulten un manual de psicología de la salud que se centre específicamente en estas cuestiones, como por ejemplo la colección editada de Penny, Bennett y Herbert (1994).

■ Teorías del desarrollo

El proceso de desarrollo es una función de la interacción entre tres factores:

1. *Aprendizaje*: un cambio relativamente permanente de los conocimientos, destrezas o habilidades debido a la experiencia.

2. *Experiencia*: lo que hacemos, vemos, oímos, sentimos, pensamos.
3. *Maduración*: pensamiento, comportamiento o crecimiento físico, atribuido a una secuencia determinada genéticamente de desarrollo y envejecimiento más que a la experiencia.

Eric Erikson (Erikson, 1959; Erikson, Erikson y Kivnick, 1986) describe ocho grandes etapas de la vida (cinco relacionadas con el desarrollo en la infancia y tres relacionadas con el desarrollo en la edad adulta) que varían en distintas dimensiones, incluyendo:

- función cognitiva e intelectual;
- habilidades de comunicación y lenguaje;
- comprensión de la enfermedad;
- conductas de cuidado y mantenimiento de la salud.

Es importante que se tengan en cuenta cada una de estas dimensiones cuando se analizan las percepciones o el comportamiento relativos a la salud y a la enfermedad. Los déficit o limitaciones de la función cognitiva (debido a la edad, accidentes o a una enfermedad) podrían, por ejemplo, influir sobre el grado en que un individuo puede comprender las instrucciones médicas, explicar sus emociones o lograr que se evalúen sus necesidades de atención sanitaria. Los déficit en la comunicación, o unas habilidades idiomáticas limitadas, pueden reducir la disponibilidad de una persona a ponerse en una situación social, o afectar a su capacidad de expresar su dolor o ansiedad. La comprensión que tiene un individuo de sus síntomas o su enfermedad es crucial para tener un comportamiento de búsqueda de atención sanitaria y para seguir las recomendaciones, y el comportamiento sanitario de un individuo influye sobre el riesgo real y/o percibido de una enfermedad, y varía enormemente a lo largo de la vida. Todas estas cuestiones se abarcan en los capítulos relevantes de este manual.

Piaget (1930, 1970) es responsable en gran medida del desarrollo de un marco madurativo para comprender el desarrollo cognitivo, lo que también ha proporcionado una buena base para entender el desarrollo de los conceptos relacionados con la salud, la enfermedad y los procedimientos sanitarios. Piaget propuso una estructura por etapas que, según él, siguen todos los individuos en la siguiente secuencia:

1. *Sensorio-motora* (nacimiento hasta los 2 años): un bebé comprende el mundo a través de sus sensaciones y movimientos, y carece de pensamiento simbólico. Pasa de una acción reactiva a una acción voluntaria.
2. *Preoperacional* (2 a 7 años): el pensamiento simbólico se desarrolla en torno a los 2 años de edad, y después se desarrolla el lenguaje y el pensamiento lógico simple, normalmente egocéntrico.
3. *Operaciones concretas* (7 a 11 años): se desarrolla enormemente el pensamiento abstracto y la lógica, puede realizar operaciones mentales (por ejemplo, aritmética mental) y manipular objetos.
4. *Operaciones formales* (12 años hasta la edad adulta): se desarrolla el pensamiento abstracto y la imaginación, así como el razonamiento deductivo. No todo el mundo llega a este nivel.

La obra de Piaget resulta influyente en tanto en cuanto proporciona una estructura normalizada con la que analizar el desarrollo cognitivo. Por ejemplo, su obra describe cómo un bebé, entre el nacimiento y los dos años, adquiere lentamente el lenguaje y el pensamiento simbólico, así como la capacidad de imitar las acciones de los demás, pero el pensamiento lógico sólo se empieza a desarrollar en la última parte de la segunda etapa (si bien es cierto que suele ser un pensamiento muy egocéntrico). Sin embargo, para un manual sobre psicología de la salud resulta más relevante el trabajo que ha abordado de forma específica el desarrollo de las creencias en los niños y la comprensión de la salud y la enfermedad. Las siguientes subsecciones describen este trabajo, utilizando las etapas piagetianas como marco de referencia general.

■ Niños en las etapas sensorio-motora y preoperacional

Poco trabajo puede hacerse con bebés en la etapa sensorio-motora para identificar sus percepciones de la salud y de la enfermedad, puesto que el lenguaje está muy limitado hasta el final de esta etapa. En la etapa preoperacional los niños se desarrollan desde el punto de vista lingüístico y cognitivo, y el pensamiento simbólico significa que los niños pequeños son conscientes de cómo pueden afectar al mundo externo mediante la imitación y el aprendizaje, aunque siguen siendo muy **egocéntricos**. La salud y la enfermedad se consideran en términos de blanco y negro, es decir, como dos estados opuestos más que como parte de un continuo. Los niños en esta etapa tardan mucho en comprender o adoptar las opiniones o perspectivas de otras personas. Esta capacidad es crucial para poder empatizar con los demás, por lo que un niño en la etapa preoperacional no mostrará mucha conmiseración por un familiar enfermo, ni comprenderá, por ejemplo, por qué el hecho de que esté enfermo significa que ya no puede esperar jugar tanto con esa persona.

Egocéntrico

Centrado en uno mismo, como en los niños de la etapa preoperacional (2 a 7 años), cuando sólo pueden ver las cosas desde su propia perspectiva personal (véase Piaget).

Concepto de enfermedad

Es importante que los niños vayan aprendiendo con el tiempo a responsabilizarse de su propia salud; sin embargo, pocos estudios han analizado el concepto que tienen los niños de la salud, que probablemente afectará a su comportamiento. La investigación se ha centrado, por el contrario, en generar el concepto de enfermedad. Por ejemplo, Bibace y Walsh (1980) sugieren que, planteando a los niños con edades de 3 a 13 años preguntas sobre la salud y la enfermedad, se va desarrollando paulatinamente un concepto de la enfermedad. Las preguntas serán sobre sus conocimientos («¿qué es un resfriado?»); sobre su experiencia («¿has estado alguna vez enfermo?»); atribuciones («¿cómo se resfría uno?»); y recuperación («¿cómo se pone uno bueno?»). Los autores descubrieron que existe una progresión de la comprensión y la atribución de las causas de la enfermedad y describieron seis descripciones ordenadas en función del desarrollo de cómo se define la enfermedad, a qué causas se atribuye y cómo se trata.

Los niños de menos de 7 años suelen explicar la enfermedad desde un punto de vista «mágico»: las explicaciones se basan en la asociación.

- *Incomprensión*: el niño da respuestas irrelevantes o evita la pregunta; por ejemplo, el sol provoca ataques de corazón.
- *Fenomenismo*: la enfermedad suele ser una señal o un sonido que el niño ha asociado en algún momento con estar enfermo, pero sin entender bien la causa ni el efecto; por ejemplo, un resfriado es cuando uno estornuda mucho.
- *Contagio*: la enfermedad suele provenir de una persona o un objeto que está cerca del niño, sin que lo toque necesariamente; o se puede atribuir a una actividad que ha ocurrido antes de la enfermedad, por ejemplo, «el sarampión se recibe de otras personas». Si se pregunta ¿cómo? La respuesta es «sólo por andar cerca».

■ Niños en la etapa de operaciones concretas

Piaget describe a los niños con más de 7 años como capaces de pensar de forma lógica sobre los objetos y acontecimientos, aunque siguen siendo incapaces de diferenciar entre cuerpo y mente hasta aproximadamente los 11 años, cuando empieza la adolescencia.

Concepto de enfermedad

Bibace y Walsh describen las explicaciones de la enfermedad entre los 8 y los 11 años como más concretas y basadas en una secuencia causal:

- *Contaminación*: los niños en esta etapa comprenden que la enfermedad puede tener múltiples síntomas, y saben que los microbios, incluso su propio comportamiento, pueden provocar la enfermedad; por ejemplo «uno se resfría si se quita el abrigo fuera, y el resfriado se mete en el cuerpo».
- *Internalización*: la enfermedad está dentro del cuerpo, pero se puede comprender parcialmente el proceso que genera los síntomas. La causa de un resfriado puede provenir de microbios de fuera que se inhalan o se tragan. Estos niños *pueden* diferenciar entre órganos corporales y su función y pueden comprender una información concreta y sencilla sobre su enfermedad. También pueden ver el papel que tiene el tratamiento y/o la acción personal para recuperar la salud.

En esta etapa de operaciones concretas se sigue considerando que el personal médico tiene la autoridad absoluta, pero se pueden criticar o evitar sus acciones; por ejemplo, rechazo a un análisis de sangre, acusaciones de hacer daño sin necesidad, etc. Se puede animar a los niños, igual que a los adultos, a que asuman cierto control personal sobre su enfermedad o su tratamiento en esta etapa del desarrollo, y esto puede ayudar al niño a superar la situación. También es necesario animarlos a expresar sus temores. Los padres tienen que encontrar un equilibrio entre supervisar la salud de un niño enfermo, así como su comportamiento, y ser demasiado protectores, puesto que esto puede afectar negativamente al desarrollo personal,

cognitivo y social del niño, y pueden promover sentimientos de dependencia e incapacidad (*véase* el Capítulo 15 para un análisis más detallado sobre cómo abordar una situación de enfermedad en una familia).

■ La adolescencia y el pensamiento en las operaciones formales

La adolescencia es un concepto social y cultural que tan sólo existe desde hace unas pocas generaciones. Muchas sociedades primitivas actuales carecen del concepto de adolescencia, y los niños pasan de la infancia a la edad adulta mediante un proceso ritual, y no a través de los años de transición que en nuestra sociedad se consideran como un periodo específico de la vida. La pubertad es un periodo de cambio tanto físico como psicológico que puede afectar a la percepción propia. La primera adolescencia, es decir, entre los 11 y los 13 años, se produce cuando las personas se preparan para la independencia y los homólogos tienen más credibilidad que los padres, lo que ofrece una explicación parcial de por qué gran parte del comportamiento que perjudica a la salud se inicia en esta etapa, por ejemplo, el consumo de tabaco (*véase* el Capítulo 3).

Concepto de enfermedad

Bibace y Walsh describen los conceptos de enfermedad en esta etapa como conceptos en un nivel abstracto: las explicaciones se basan en las interrelaciones entre la persona y su entorno:

- *Fisiológicas*: los niños en torno a los 11 años alcanzan una etapa de comprensión fisiológica, y la mayoría puede definir en ese momento la enfermedad en términos de órganos corporales o funciones corporales concretas, y con la edad empiezan a distinguir múltiples causas físicas, por ejemplo, los genes más la contaminación del ambiente más el comportamiento.
- *Psicofisiológicas*: en la adolescencia tardía (a partir de los 14 años) y la edad adulta muchas personas se dan cuenta de la idea de que el cuerpo y la mente se interrelacionan entre sí, y comprenden o aceptan el papel del estrés, las preocupaciones, etc., en la exacerbación e incluso la causa de las enfermedades. Merece la pena destacar que muchos adultos pueden no llegar a este nivel de comprensión de la enfermedad y pueden seguir utilizando las explicaciones cognitivas más simplistas.

Es necesario destacar que el estudio de Bibace y Walsh se centra fundamentalmente en el problema de la causalidad de la enfermedad. Otros trabajos han demostrado que los niños y los jóvenes son capaces de pensar sobre la salud y la enfermedad utilizando otras dimensiones, como el grado de control y la gravedad (por ejemplo, Goldman, Whitney-Saltiel, Granger *et al.*, 1991; *véase* el Capítulo 9 para un análisis más detallado de las percepciones que se tienen de la enfermedad).

Los adolescentes tienen una percepción de sí mismos como personas con más control sobre el desencadenamiento y la cura de la enfermedad, y son más conscientes de que las acciones personales pueden influir sobre los resultados finales. Esto significa que se comprenden mejor los consejos y las intervenciones y que se puede actuar en función de las mismas, ya que los adolescentes pueden comprender complejos procedimientos terapéuticos y correctivos: por ejemplo, comprenden que un análisis de sangre puede ayudar a hacer un seguimiento del progreso de la enfermedad.

Como hemos visto, la infancia es un periodo importante para el desarrollo de los conceptos sobre la salud, y también para el desarrollo de las actitudes y patrones de conductas de salud que afectarán a la salud futura (*véase* el Capítulo 3). Según estas teorías por etapas, la capacidad de un niño de comprender su condición y asociar el tratamiento viene determinada por el nivel de desarrollo cognitivo alcanzado. Este nivel de comprensión determinará posteriormente cómo comunica el niño la experiencia de los síntomas a sus padres y al personal sanitario, su capacidad para actuar en función de los consejos sanitarios recibidos, y el nivel de responsabilidad personal que se puede alcanzar por el control de la enfermedad. No hay que subestimar estos aspectos cuando se desarrollan programas educativos y de atención sanitaria. Aunque el desarrollo cognitivo es importante, estas teorías por etapas no han recibido todavía un respaldo universal (por ejemplo, Dimigen y Ferguson, 1993, respecto a los conceptos del cáncer). Ahora se cree que los conceptos relativos a las enfermedades derivan más de diversas influencias, como la experiencia y el conocimiento, que de unas etapas de desarrollo cognitivo relativamente fijas (*véase* el recuadro HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN).

Hallazgos de la investigación

El concepto que tienen los niños de la salud: ¿hasta qué punto es complejo?

Normandeau, Kalnins, Jutras y Hanigan (1998). Una descripción del concepto de la salud que tienen los niños de entre 5 y 12 años en el contexto de su vida cotidiana, *Psychology and Health*, 13(5), 883-896.

Antecedentes

Los estudios basados en las teorías de las etapas del desarrollo cognitivo sugieren que los niños pasan de una visión muy concreta y rígida de la enfermedad, basada en hechos observables, a conceptos más abstractos que engloban la causalidad, el interior del cuerpo y la salud mental. Sin embargo, el desarrollo cognitivo no es la única influencia: la experiencia de la salud y la enfermedad desempeña un papel, al igual que la socialización, por lo que se sugiere que los estudios sobre los conceptos que tienen los niños de la salud (así como sobre otros conceptos), se estudian mejor en relación con el contexto y la experiencia.

Objetivos

El estudio quería describir el concepto de la salud que tienen los niños de entre 5 y 12 años en el contexto de su vida cotidiana, pidiéndoles que analizaran la salud en función de sus experiencias cotidianas y que describieran los aspectos de la enfermedad que consideraban más importantes. Un objetivo adicional era analizar la influencia de las variables demográficas y socioeconómicas sobre los conceptos de enfermedad.

Método

Se reclutó a 1.674 niños (con un buen equilibrio por géneros: 828 niños, 846 niñas) de cuatro zonas urbanas y tres zonas rurales distintas de la provincia de Québec, Canadá,

Métodos cuantitativos

Se ocupan de contar (cuantificar) la frecuencia o nivel de experiencias, creencias y conductas de un gran grupo de personas que, en un mundo ideal, es representativo de toda la población.

Métodos cualitativos

Se ocupan de describir (cualificar) las experiencias, creencias y conductas de determinado grupo de personas.

utilizando métodos de muestreo que generaron una muestra representativa por géneros y estatus socioeconómico. El estudio transversal utilizó una combinación de **métodos cuantitativos** y **cualitativos**, utilizando entrevistas estructuradas así como preguntas abiertas. Se codificaron los datos cualitativos, se clasificaron y se sistematizaron utilizando el análisis de contenidos, y después se analizaron las categorías de datos en función del sexo, el grupo de edad y la clase social. Se evaluó a los niños en función de lo que se describe como «cuatro dimensiones complementarias»: (1) *criterios de buena salud*: «¿Me puedes decir el nombre de dos o tres amigos que estén sanos?», «¿Qué ves (*véase la nota al final del párrafo) como señales de buena salud en tus amigos?»; (2) *comportamientos necesarios para estar sano*: «¿Es necesario hacer determinadas cosas para estar sano?», en caso afirmativo, «¿Qué cosas hay que hacer?»; (3) *consecuencias de estar sano*: «¿Qué te permite hacer el hecho de estar sano?»; y (4) *amenazas para la salud*: «¿Puedes decirme, en términos generales, qué es más peligroso para la salud de los niños?». (* La utilización de «ves» en vez de «piensas» puede hacer que los niños piensen en signos visibles sobre la salud, lo que podría provocar cierto sesgo.)

Resultados

Sólo se analizaron detalladamente las categorías de respuestas mencionadas por 100 o más niños (por lo que se perdieron los datos de aquellos niños que tenían creencias o conceptos poco comunes).

Criterios de buena salud

Los niños identificaron, por lo general, tres principales criterios de una buena salud:

1. Tener funcionalidad (practicar deportes, inexistencia de una enfermedad).
2. Salud mental (bienestar, tener una apariencia saludable, sentirse bien con uno mismo, buenas relaciones con los demás).
3. Estilo de vida saludable (dieta equilibrada, buena higiene, buena práctica de sueño).

Los componentes de estas dimensiones mostraron ciertas variaciones por edades: por ejemplo, la funcionalidad de los niños mayores estaba más asociada con la participación en las actividades deportivas y el funcionamiento fisiológico, mientras que en los niños más jóvenes se relacionaba más con «salir a la calle». Los niños de más edad también

consideraron que era más importante «no estar enfermo»; en cuanto al estilo de vida, los mayores hacían más referencia a una buena dieta que los más jóvenes; y en lo relativo a la salud mental, los niños de más edad hacían más referencia a un concepto propio, mientras que los más jóvenes hacían más referencia a la calidad de las relaciones con los demás. No se encontraron efectos en lo referente al sexo o al estatus socioeconómico.

Percepción de la conducta de salud

Se consideraba que los factores del estilo de vida eran la clave para una buena salud en cualquier edad, pero los niños más mayores estaban más preocupados por una buena dieta, realizar ejercicio físico y dormir bien, mientras que los niños más jóvenes pensaban que lo más importante era comer determinados alimentos sanos o evitar determinados alimentos «malos».

La posición socioeconómica influyó sobre el grado en que los niños pensaban que era necesario tener un comportamiento sano, siendo los niños de las áreas urbanas de clase media-alta los que más énfasis ponían en esta faceta de la salud. La edad interactuaba con el entorno socioeconómico. El sexo no afectaba a los conceptos relativos al comportamiento sano.

Consecuencias de estar sano

Los niños piensan en su mayoría que la consecuencia de estar sano es tener funcionalidad haciendo las cosas que uno quiere hacer y, en menor grado, teniendo una buena salud mental.

La edad influía en tanto en cuanto los niños más mayores eran los que más probabilidades tenían de mencionar la funcionalidad y la capacidad de hacer más cosas, incluyendo actividades de ocio, y mencionaban con más frecuencia un mejor funcionamiento fisiológico a consecuencia de una buena salud (relacionado con las conclusiones de Bibace y Walsh en este grupo de edad). No se encontró ningún efecto del sexo ni del entorno socioeconómico en lo referente a las consecuencias percibidas de tener una buena salud.

Amenazas a la salud

Las principales amenazas para la salud percibidas fueron los estilos de vida inadecuados, como fumar, consumir drogas, beber y comer mal. Los efectos de la edad demostraron que las percepciones de las amenazas cambian significativamente con la edad, sobre todo entre los grupos de 5 a 6 y de 8 a 12 años. El consumo de drogas y de tabaco era mencionado más frecuentemente en los grupos de 8 a 9 y de 11 a 12 años, mientras que la mala nutrición era lo más común entre los niños más jóvenes (5 a 6 años). El comportamiento peligroso y la seguridad al andar por la calle eran la mayor preocupación para los niños más jóvenes. El entorno socioeconómico interactuaba con la edad para afectar al grado en que la mala comida era considerada como una amenaza. No se encontraron efectos del sexo en cuanto a las amenazas percibidas para la salud.

Discusión

Lo que demuestra claramente este estudio es que niños con tan sólo 5 años tienen conceptos multidimensionales de la salud que son más complejos que un sencillo cambio de un pensamiento concreto a un pensamiento abstracto como describía Piaget o Bibace y Walsh. Desde muy jóvenes los conceptos de los niños incluyen una dimensión de la salud

mental, algo contrario a las conclusiones de las investigaciones anteriores, y tal vez esto se deba a la metodología de invitar a los niños a hablar sobre sus conceptos respecto a sus propias vidas y experiencias. Existían diferencias de edades en los cuatro campos estudiados, que son particularmente evidentes en cuanto a las amenazas percibidas para la salud (aunque esto refleja probablemente una mayor experiencia de haber fumado, bebido o consumido drogas entre los niños más mayores). La evidencia de este estudio respalda la ampliación de los modelos sobre los conceptos que tienen los niños de la salud para incluir el papel de la experiencia personal y la socialización. No se encontró evidencia alguna de que hubiera un efecto del sexo en cualquiera de los dominios valorados, lo que sugiere que tal vez las diferencias de sexo no existen o, posiblemente, no emergen hasta más adelante en la adolescencia.

Puntos fuertes y limitaciones

Se trata de un gran estudio con una buena muestra que pide a niños pequeños que expresen sus propias opiniones y creencias y, por tanto, es relativamente único. Sin embargo, el estudio no aborda las pautas de comportamiento reales y, por tanto, no se comprueba si los niños expresan conceptos incoherentes con su comportamiento real. El análisis de los subgrupos de niños en cuanto a, por ejemplo, el comportamiento de consumo de tabaco o de dieta podría haber resultado informativo en cuanto a una temprana racionalización de los comportamientos arriesgados.

■ Edad adulta 17/18+

Las edades de los 17 a los 40 años suelen ser descritas como la primera edad adulta y la flor de la vida. Durante estos años se producen todo tipo de transiciones: por ejemplo, culminación de los estudios, nuevas carreras profesionales, embarazos, bodas, nacimiento de hijos; muchos se divorciarán, algunos perderán a un progenitor. Los adultos tienen menos probabilidades que los adolescentes de adoptar nuevos comportamientos que ponen en riesgo la salud y, por lo general, es más probable que se tengan conductas protectoras: por ejemplo, análisis, ejercicios, etc., por razones sanitarias (véase el Capítulo 4). Las transiciones durante la edad adulta no afectan a todos los sectores de la población adulta de la misma manera; por ejemplo, se ha descubierto que el matrimonio mejora la salud de los hombres: es decir, tienen menos enfermedades que los hombres que viven solos, mientras que las mujeres que están casadas no disfrutan de esa protección (Blaxter, 1987; Macintyre, 1986), lo que sugiere, tal vez, un respaldo social diferente (véase el Capítulo 12 para un análisis de los moderadores del estrés).

La edad adulta tiende a estar dividida entre la primera edad adulta (17-40), la madurez (40-60) y la tercera edad o, simplemente, los mayores (60/65+). La primera edad adulta emana de la adolescencia a medida que el individuo va forjándose su identidad y asume los papeles y responsabilidades del adulto: un momento de consolidación. Aunque Piaget no describió más desarrollo en los procesos cognitivos durante la edad adulta, se generan nuevas perspectivas a partir de la experiencia, y se aplica lo que

se aprende y lo que se ha aprendido con vistas a alcanzar los objetivos vitales. El paso de una adquisición de conocimientos a la aplicación de lo que se ha aprendido significa que la educación sobre la salud debe tener una orientación más práctica, poniendo el énfasis en la aplicación de la información.

■ Envejecimiento y salud

En el Reino Unido, como en el resto del mundo, la población mayor (aceptando que la edad de delimitación de lo que se considera «personas mayores» es de 65 o más años; véase Woods, 1999) se ha disparado, pero sobre todo ha aumentado notablemente el número de personas que llegan a vivir más de 70 y 80 años (Office of National Statistics, *Social Trends*, 1999). Las repercusiones que tienen los recursos de la atención sanitaria y social son evidentes dada la **epidemiología** de la enfermedad, es decir, el hecho de que la incidencia de muchas enfermedades ha aumentado con la longevidad. No todas las personas mayores están enfermas o incapacitadas, pero incluso entre la minoría que vive sin problemas crónicos de salud (físicos y/o mentales) son comunes los episodios de enfermedades graves. La encuesta inglesa 2000 Health Survey for England (www.doh.gov.uk/public/healtholderpeople2000pres.htm) informa que entre los que tienen 65 y más años, el 13 por ciento de los que viven en su casa (10 por ciento de los que tienen entre 65-79; 25 por ciento de los que tienen más de 80 años) tiene una seria discapacidad, comparado con el 69 por ciento de las mujeres y el 79 por ciento de las mujeres que viven en residencias. Estas cifras sugieren que hay un considerable grado de discapacidad en la comunidad. ¿Qué cambios provoca el proceso de envejecimiento a una persona en cuanto a lo que piensa sobre ella misma y su salud?

Epidemiología

Estudio de los patrones de las enfermedades en diversas poblaciones y la asociación con otros factores como los relativos al estilo de vida. Conceptos clave son la mortalidad, morbilidad, prevalencia, incidencia, riesgo absoluto y riesgo relativo. Tipo de preguntas: ¿Quién padece esta enfermedad? ¿Hasta qué punto es común?

Autoconcepto

Aquellas creencias y pensamientos conscientes sobre uno mismo que le permiten sentirse distinto de los demás y que uno existe como una persona independiente.

La investigación empírica ha demostrado que el **autoconcepto** es relativamente estable a medida que se va envejeciendo (por ejemplo, Baltes y Baltes, 1990) y que los cambios del autoconcepto no son una parte inevitable del proceso de envejecimiento. De hecho, *el envejecimiento no es necesariamente una experiencia negativa* (aunque puede terminar siéndolo debido a las actitudes discriminatorias contra la edad que existen en muchos países industrializados). El hacerse viejo puede plantear a un individuo nuevos retos, pero ello no debe ser considerado como que el propio envejecimiento constituye un problema (Coleman, 1999).

La madurez se ha identificado como un periodo de incertidumbre, ansiedad y cambio entre los hombres con edades comprendidas entre los 37 y los 41 años (Levinson, Darrow, Klein *et al.*, 1978; estudio realizado con 40 casos ($n = 40$)). Muchos hombres ponen en duda sus logros, objetivos y valores, dándose cuenta, tal vez, de lo que se han perdido al dedicar en exclusiva tanto tiempo y energía a su carrera profesional. Por el contrario, las mujeres pueden experimentar una incertidumbre respecto a su papel si han sido «amas de casa» y se encuentran con un hogar vacío porque los niños ya se han ido. Los años entre la madurez y el inicio de la tercera edad pueden considerarse, a menudo, como «la flor de la vida», así que si se produce una enfermedad crónica o un fallecimiento en esta época de la

vida, al igual que ocurre con los jóvenes adultos, se considera como algo inesperado y cruel.

A medida que va aumentando la edad, lo más común son las pérdidas motrices y sensoriales, con una gran proporción de las personas de la tercera edad con algún tipo de discapacidad física. En una sociedad que envejece las minusvalías son comunes; el 85 por ciento puede experimentar algún tipo de condición crónica (Woods, 1999). Las personas mayores suelen afirmar que esperan tener una mala salud, lo que puede dar lugar a que no se realicen las revisiones y chequeos correspondientes porque se consideran inútiles; pueden considerar que la pérdida de movilidad, de problemas en los pies y de mala digestión son cuestiones inevitables e ineludibles que forman parte de hacerse mayor, por lo que pueden no responder a los síntomas como debieran (por ejemplo, Leventhal y Prohaska, 1986; Sarkisian, Liu, Ensrud *et al.*, 2001). Tiende a disminuir el ejercicio en la tercera edad ya que se puede evitar dada la creencia de que puede exigir demasiado de las articulaciones, el corazón, etc., y se tiende a subestimar la propia capacidad física aunque, como veremos en el Capítulo 4, ese ejercicio es tanto posible como beneficioso.

Hasta ahora, en este capítulo hemos descrito lo que se suele querer decir con «salud»: al centrarse en la salud, y no en la enfermedad, es importante reconocer que la salud es un continuo, y no sencillamente una dicotomía de enfermedad frente a salud, sino que existen diversos grados de salud y de bienestar a lo largo de un espectro continuo en el que la enfermedad está en un extremo y el bienestar óptimo, que puede que algunos no lleguen a alcanzar jamás, en el otro. «La salud hace referencia a un estado que se suele dar por sentado» (Radley, 1994: 5) y que, a menudo, sólo se aprecia cuando se ha perdido debido a una enfermedad. Volveremos a las percepciones de la enfermedad en el Capítulo 9.

El resto de este capítulo introduce lo que generalmente se considera que entra dentro de la disciplina de la psicología de la salud. El último capítulo de este libro se ocupará de las carreras profesionales en la psicología de la salud.

¿Qué es la psicología de la salud?

La psicología es una ciencia que se puede definir como el estudio del comportamiento humano y animal, que posteriormente pasó a aceptarse como el estudio científico del funcionamiento mental y del comportamiento. El estudio de los procesos mentales mediante el comportamiento está, no obstante, limitado en tanto en cuanto no todos los comportamientos son observables (por ejemplo, ¿no es comportamiento el pensamiento?) y, por tanto, para muchos aspectos del comportamiento humano tenemos que limitarnos a utilizar lo que afirman los individuos, cuyos problemas se describen en otra parte.

La psicología intenta describir, explicar, predecir y, cuando sea posible, intervenir para controlar o modificar los procesos mentales y comportamentales, desde el lenguaje, la memoria, la atención y la percepción hasta

Empirismo

Surge de una escuela de pensamiento que afirma que se puede adquirir todo el conocimiento mediante la experiencia.

las emociones, la conducta social y la conducta saludable, por nombrar tan sólo unos pocos. La clave de los métodos científicos empleados por los psicólogos es el principio básico de que el mundo puede ser conocido mediante la observación = **empirismo**. Los métodos empíricos van más allá de la especulación, la inferencia y el razonamiento a un análisis real y sistemático de los datos. La investigación científica parte de una teoría, entendiendo como tal un conjunto general de supuestos sobre cómo funcionan las cosas en el mundo. Las teorías pueden ser vagas y estar mal definidas (por ejemplo, yo tengo una teoría de por qué se sientan juntos en la última fila del aula los alumnos provenientes de otros estudios que asisten de oyentes a las clases de psicología) a muy específicas (por ejemplo, los alumnos que asisten de oyentes se sientan en la última fila porque se sienten «ajenos» cuando se encuentran entre muchos alumnos de psicología). Los psicólogos prueban de manera científica la validez de sus hipótesis y teorías. Desde un punto de vista académico, esto puede permitir mejorar la comprensión sobre determinado fenómeno y, desde un punto de vista aplicado, puede dar conocimientos útiles para el desarrollo de intervenciones.

Los psicólogos utilizan métodos científicos para analizar todo tipo de comportamientos y procesos mentales, desde la respuesta de una única célula nerviosa a los ajustes del papel que requiere la madurez:

1. Observamos.
2. Definimos un problema.
3. Recopilamos datos.
4. Analizamos los datos.
5. Desarrollamos una teoría.
6. Ponemos a prueba la teoría volviendo a recopilar datos.

Los distintos tipos de psicólogos emplearán diferentes métodos, y en este manual se van a destacar los que utilizan con más frecuencia los psicólogos de la salud: por ejemplo, la utilización de cuestionarios, entrevistas y valoraciones psicométricas (como las de la personalidad).

¿Qué relaciona a la psicología con la salud?

Como ya se ha mostrado en este capítulo, las personas tienen creencias sobre la salud, suelen mostrar emociones al respecto, y tienen un papel que desempeñar mediante su comportamiento para mantener su salud y superar cualquier enfermedad. Los planteamientos psicológicos pueden ayudar a explicar por qué algunas personas reaccionan bien emocionalmente ante la mala salud y otras no, o incluso por qué parece que algunas personas están enfermas todo el tiempo y otras parecen estar continuamente sanas.

La psicología de la salud puede abordar preguntas como por qué algunas personas se comportan de forma saludable y otras no. ¿Es sólo una cuestión de personalidad? ¿La persona que se comporta de forma saludable en cierto sentido (por ejemplo, no fuma), también se comporta de forma saludable en otros sentidos, por ejemplo, va regularmente al dentista?

¿Somos seres racionales y coherentes? ¿Afecta el sexo, la edad o la situación socioeconómica a la salud, ya sea directa o indirectamente a través de sus efectos sobre otras cuestiones? La psicología de la salud integra muchas teorías y explicaciones cognitivas, del desarrollo y sociales, pero las aplica exclusivamente a la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud (puede que también quiera consultar un manual de introducción a la psicología y estudiar las secciones sobre aprendizaje, motivación, socialización, desarrollo y cognición con más detalle).

Los principales objetivos de la psicología de la salud, derivados de la definición de Matarazzo (1982), insisten en desarrollar nuestra comprensión de los factores biopsicosociales implicados en:

- la promoción y el mantenimiento de la salud;
- la mejora de los sistemas de atención sanitaria y de la política sanitaria;
- la prevención y el tratamiento de las enfermedades;
- las causas de las enfermedades, por ejemplo, factores de riesgo/vulnerabilidad.

A diferencia de otros campos de la psicología (que son más de ciencia básica), la psicología de la salud se puede considerar como una ciencia aplicada, aunque no toda la investigación de psicología de la salud es predictiva. Por ejemplo, parte de la investigación pretende únicamente *cuantificar* (por ejemplo, ¿qué porcentaje de alumnos de educación secundaria bebe alcohol?) o *describir* (por ejemplo, ¿cuáles son las características básicas de los menores de edad que consumen alcohol, como edad, sexo y situación socioeconómica?). La investigación descriptiva debería proporcionar nuevas preguntas de naturaleza causal: por ejemplo, ¿qué es lo que hace que la mala situación socioeconómica incremente la incidencia de un comportamiento de riesgo? Al medir sencillamente las creencias y actitudes sobre la salud, podemos empezar a abordar la cuestión de los factores que sirven para hacer predicciones (*véanse* los Capítulos 3 a 5).

■ Psicología de la salud y otros campos

La psicología de la salud ha emergido de muchos campos de las ciencias sociales y ha adoptado y adaptado modelos y teorías que se encontraban originalmente en la psicología social, el conductismo, la psicología clínica, la psicología cognitiva, etc. La psicología de la salud en el Reino Unido y en Europa, al igual que en Estados Unidos, está actualmente vinculada con otras ciencias sociales y de la salud (por ejemplo, economía de la salud, medicina conductual, sociología médica) y con la medicina y las disciplinas terapéuticas afines. Pocos psicólogos de la salud profesionales o académicos trabajan solos; la mayoría participa en toda una gama de trabajos multidisciplinarios e interdisciplinarios (para un análisis de la psicología de la salud profesional, *véase* el Capítulo 18).

Hay varias diferencias con otras disciplinas, como se destaca a continuación. Cada una de ellas puede afectar a su vez a los métodos de valoración, investigación, tratamiento e intervención.

Psicología médica

Se basa en un modelo médico esencialmente mecanicista, es decir, un trastorno subyacente provoca algún síntoma que requiere tratamiento/cura para poder volver a una salud «normal» (como quiera que se defina). Los psicólogos de la salud no cuestionan las bases biológicas de la salud y la enfermedad pero han contribuido al desarrollo de un modelo más holístico; por ello, su conocimiento de los diversos sistemas y órganos del cuerpo es fundamental (véase el Capítulo 8).

Medicina conductual

Se trata de un campo interdisciplinar que parte de toda una serie de ciencias del comportamiento, incluyendo la psicología, la sociología y la educación sanitaria, respecto a las condiciones médicas (Schwartz y Weiss, 1977). La medicina del comportamiento se desarrolló en la década de 1970 aproximadamente al mismo tiempo que la psicología de la salud, y también ponía en duda el modelo biomédico dominante en aquella época. La medicina conductual analiza el desarrollo y la integración del conocimiento conductual, biomédico y las técnicas de relevancia para la salud y la enfermedad. Como sugiere su nombre, se utilizan los principios del comportamiento (es decir, que el comportamiento es el resultado del aprendizaje mediante el **condicionamiento operante** o clásico). Este principio subyacente se aplica a continuación a las técnicas de prevención y rehabilitación, y no únicamente al tratamiento. El comportamiento también incluye emociones como el miedo y la ansiedad, aunque la medicina del comportamiento no se ocupa de los problemas de la salud mental en sí mismos. La medicina conductual fomentó el planteamiento de que la mente tiene una relación directa con el cuerpo (por ejemplo, la ansiedad puede aumentar la presión sanguínea, el miedo puede acelerar el ritmo cardiaco), y algunas de las terapias propuestas, como el *biofeedback* (véase el Capítulo 13), parten del principio del condicionamiento operante y la retroalimentación.

Condicionamiento operante

Atribuida a Skinner, esta teoría parte del supuesto de que el comportamiento está influido directamente por sus consecuencias (por ejemplo, recompensas, castigos, evitación de resultados negativos).



Piense en algunas conductas saludables que crea que puede haber aprendido y analice las circunstancias en que los aprendió. ¿Qué factores influyen sobre el hecho de que mantenga estos comportamientos?

Piense en cualquier problema de salud que haya experimentado y si considera que su comportamiento ha podido desempeñar un papel en, o bien evitar el problema en el futuro, o bien ayudarle a recuperarse.

Medicina psicosomática

Se desarrolló en la década de 1930 y fue inicialmente el dominio de los ahora bien conocidos psicoanalistas, por ejemplo, Alexander, Freud. La medicina psicosomática constituyó inicialmente un reto para la biomedicina. El término «psicosomático» hace referencia al hecho de que la mente y el cuerpo están involucrados ambos en la enfermedad y, cuando no se

identifica fácilmente una causa orgánica, es posible que la mente ofrezca el desencadenante de una respuesta física que es detectable y mensurable. En otras palabras, la mente y el cuerpo actúan juntos, no es sólo la mente. Las enfermedades que no tienen una evidencia física se conocen como psicogénicas. Hasta la década de 1960 la investigación psicosomática era de carácter predominantemente psicoanalítico, centrándose en las interpretaciones psicoanalíticas de la enfermedad, como que el asma, las úlceras o las migrañas estaban desencadenadas por emociones reprimidas. La medicina psicosomática actual está más centrada en una combinación de explicaciones psicológicas, sociales y biológicas/fisiológicas de la enfermedad, y las enfermedades tratadas suelen conocerse como «psicofisiológicas» (por ejemplo, DSM-II) o como factores psicológicos que afectan a condiciones físicas (DSM-III-R y DSM-IV). Este cambio de los manuales de desórdenes mentales de la American Psychiatric Association refleja que los factores psicológicos pueden afectar a cualquier enfermedad, y no sólo a las que se han analizado tradicionalmente bajo el encabezamiento de «psicosomáticas» (por, ejemplo, Stoudemire y Hales, 1991).

Sociología médica

Refleja la estrecha relación entre la psicología y la sociología. La sociología médica intenta comprender la salud y la enfermedad a partir de los diversos factores sociales que pueden afectar a los individuos. Parte de un planteamiento más general (macro) sobre el individuo: por ejemplo, el papel de la familia, los parentescos y la cultura. Aunque la psicología de la salud también tiene en cuenta las influencias externas sobre la salud y la enfermedad, se centra más en los conocimientos/creencias y en las respuestas al mundo externo desde una perspectiva psicológica más que sociológica. El advenimiento de la psicología de la salud crítica (*véase* más adelante) puede hacer que se difuminen las delimitaciones entre la sociología médica y la psicología de la salud.

Psicología de la salud

Se mueve en lo que se ha descrito como un modelo biopsicosocial (Engel, 1977, 1980) y tiene pues en cuenta factores biológicos, sociales y psicológicos implicados en la etiología, prevención o tratamiento de la enfermedad, así como en la promoción y el mantenimiento de la salud. Sin embargo, la psicología de la salud ha sido criticada (por ejemplo, Eiser, 1996; Radley, 1996) por tener un enfoque demasiado individualista, demasiado centrado en los aspectos individuales a expensas de los sociales. Este manual espera poder abordar algunas de estas críticas incluyendo las influencias más generales sobre la salud y la enfermedad como la cultura, la del ciclo vital y las variables socioeconómicas. Los seres humanos no viven aislados en una burbuja, sino que son seres sociales que interactúan entre sí, conformados, modelados y reforzados en sus pensamientos, comportamientos y emociones por las personas cercanas a ellas, por los conocidos, por los políticos, por su cultura e incluso por la época que las ha tocado vivir. Analice, por ejemplo, el caso de las mujeres y el estrés laboral: no

era un problema en la década de 1900, cuando la sociedad ni esperaba ni tampoco animaba especialmente a las mujeres a trabajar, mientras que en el siglo XXI tenemos todo un nuevo campo de problemas sanitarios de las mujeres que pueden, en parte, estar relacionados con la forma en que ha cambiado el papel de las mujeres en la sociedad.

La psicología de la salud está cambiando a medida que va creciendo y recientemente se ha sugerido (Marks, 2002: 3-7) que se están desarrollando paralelamente cuatro enfoques de la psicología de la salud:

1. *psicología clínica de la salud*, que combina la atención de la psicología clínica sobre la evaluación y el tratamiento con un planteamiento biopsicosocial más amplio de la enfermedad y las cuestiones relativas al cuidado de la salud que suelen ser el dominio de los profesionales de la psicología clínica (por ejemplo, Johnston y Kennedy, 1998);
2. *psicología de la salud pública*, que pone el énfasis en las cuestiones relativas a la sanidad pública, por ejemplo, programas de inmunización, epidemias y la consiguiente educación y promoción sanitaria: esta área parte de fuentes multidisciplinares (por ejemplo, ciencias sociales, economía, política);
3. *psicología comunitaria de la salud*, que emplea los métodos de la investigación de las acciones e intenta lograr grupos y comunidades sanas; y
4. *psicología crítica de la salud*, que merece un poco más de atención aquí.

Psicología crítica de la salud

Se trata de un campo de estudio académico emergente. Una de las críticas a la psicología de la salud a principios del siglo XXI es su excesivo enfoque individualista e insuficientemente social, como lo es la crítica de que se centra más en la enfermedad que en la salud (por ejemplo, Marks *et al.*, 2000: 22). Actualmente existe una creciente voz de la «psicología crítica de la salud» que es inevitable cuando una disciplina ha estado evolucionando durante unos 30 años, y seguirá evolucionando escuchando a éstas y otras voces. Esta crítica de la propia disciplina es importante y beneficiosa para abrir debates y análisis de forma que la disciplina y los que participan en ella no se «duerman en los laureles». Como potenciales psicólogos de la salud del futuro, lo correcto es que los lectores sean conscientes de las críticas y, cuando existe, de la evidencia empírica que las respalda. Este manual pretende hacer referencia a las críticas, aunque la mayor parte se dedicará a explicar la corriente mayoritaria y a cubrir los temas, preguntas y métodos de la corriente mayoritaria.

Los psicólogos de la salud críticos afirman que el modelo biopsicosocial necesita una distinción más clara del modelo biomédico, sobre todo en lo que respecta al desarrollo del componente «social». Como señala Crossley (2000: pág. 6), se suele tratar el modelo biopsicosocial en la investigación de la psicología de la salud como si los tres componentes fueran influencias simultáneas (pero aun así independientes) en vez de influencias

totalmente integradas. La autora afirma que la atención a los pensamientos, sentimientos y acciones del individuo infravalora el papel desempeñado por la sociedad y la política en nuestra experiencia humana de la salud y la enfermedad. Es necesario prestar más atención a los contextos y culturas: por ejemplo, un mayor reconocimiento de la rica y creciente diversidad de las culturas en el Reino Unido y en el resto de Europa. A diferencia de otros muchos manuales de psicología de la salud para estudiantes universitarios, queremos proporcionarle una comprensión de las influencias culturales sobre la salud y las respuestas a la enfermedad.

Una parte central del argumento de los psicólogos de la salud críticos es que la *comprensión* de la salud y la enfermedad humanas debería ser el objetivo central. Este manual proporciona esa comprensión crucial.

Resumen

Este capítulo ha introducido áreas de interés clave para los psicólogos de la salud, incluyendo:

■ ¿Qué es la salud?

Parece que la salud se compone, a grandes rasgos, de los campos de «tener», «hacer» y «estar», donde la salud es una reserva, una ausencia de enfermedad, un estado de bienestar físico y psicológico; se hace patente en la capacidad de realizar actos físicos, como tener buena forma física, y generalmente es algo que se da por sentado hasta que se carece de una buena salud debido a una enfermedad.

■ ¿Qué perspectivas ha habido a lo largo del tiempo sobre la salud y la enfermedad?

La salud ha pasado de ser vista desde un punto de vista holístico, en el que interactúan cuerpo y mente, a visiones más dualistas, que consideran que el cuerpo y la mente actúan de forma independiente. Esta visión está volviendo al holismo, poniéndose en duda el modelo médico con un planteamiento más psicosocial.

■ ¿Qué influencia tiene la cultura sobre cómo se percibe la salud?

Las culturas pueden partir de orientaciones colectivas o individualistas que influirán sobre las explicaciones de la salud y la enfermedad, así como sobre el comportamiento de los que pertenecen a esa cultura.

■ ¿Qué influencia puede desempeñar el ciclo vital sobre la percepción que se tiene de la salud?

Los niños pueden explicar la enfermedad en términos complejos y múltiples dimensiones, y las expectativas que tienen los seres humanos sobre su salud cambian a lo largo de la vida en función de su origen y sus experiencias, así como de su desarrollo cognitivo.

■ **¿Qué es la psicología de la salud?**

La psicología de la salud es el estudio de la salud, la enfermedad y las prácticas sanitarias (profesionales y personales).

La psicología de la salud intenta comprender, explicar y, a ser posible, predecir, la conducta de salud y enfermedad para desarrollar intervenciones eficaces a fin de reducir los costes físicos y emocionales de los comportamientos de riesgo y de la enfermedad.

La psicología de la salud ofrece un planteamiento más holístico pero fundamentalmente psicológico de los problemas relativos a la salud, la enfermedad y la atención sanitaria.

Lecturas recomendadas

Penny, G. N., Bennett, P. y Herbert, M. (eds.) (1994). *Health Psychology: A Lifespan Perspective*. Switzerland: Harwood Academic.

Radley, A. (1994). *Making Sense of Illness: The Social Psychology of Health and Illness*. London: Sage Publications.

Breakwell, G. M., Hammond, S. y Fife-Shaw, C. (1995). *Research Methods in Psychology*. London: Sage Publications.

McQueen, R. A. y Knussen, C. (1999). *Research Methods in Psychology: A Practical Introduction*. Prentice Hall Europe.

Crossley, M. L. (2000). *Rethinking Health Psychology*. Buckingham: Open University Press.

Desigualdades sanitarias

2

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- El efecto que tiene la pobreza sobre la salud.
- Las causas de las variaciones de la salud entre países y dentro de cada país.
- El impacto que tiene la exclusión social sobre la salud y las teorías sobre por qué es así.
- El impacto que tiene sobre la salud ser parte de una minoría social.
- El impacto del rol sexual sobre la salud.
- La relación entre el estrés laboral, el desempleo y la salud.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

En este capítulo se analizan las diferencias en el estado de salud partiendo de la base de que éstas surgen, no como resultado del comportamiento individual, sino del contexto social en el que vivimos. Entre otros temas, se analiza por qué la gente que está en mejor situación tiende a vivir más que los que viven en peores condiciones, por qué suelen vivir las mujeres más que los hombres y por qué las personas de minorías étnicas y sociales tienen más probabilidades de morir antes que la mayoría de la población. Aunque algunos factores que influyen sobre estas situaciones sanitarias son el resultado de la conducta individual, muchos son el resultado de procesos sociales y psicológicos. La principal causa de muerte en el mundo es la pobreza, que está relacionada con una mala nutrición, un abastecimiento de agua insalubre, una mala atención sanitaria y otros factores que afectan directamente a la salud. Entre las personas que no padecen esta pobreza hay factores psicológicos y sociales más sutiles que afectan a la salud. Por ejemplo, los hombres pueden verse afectados por la

Nivel socioeconómico

Medida de la clase social de un individuo. Las distintas medidas utilizan diversos indicadores, incluyendo la renta, el tipo de trabajo o el nivel educativo. Una mejor situación implica un mayor salario o una mayor posición laboral.

resistencia general a buscar ayuda médica tras la aparición de una enfermedad. Las personas que sufren privaciones económicas pueden tener una peor salud debido a los problemas de acceso a la atención sanitaria y a mayores niveles de estrés que las que tienen una buena situación económica. En este capítulo se analiza cómo afectan de distinta manera los procesos psicológicos y sociales a la salud debido al **nivel socioeconómico**, a la etnia, al sexo y al entorno laboral.

Diferencias en la salud

El lugar donde vivimos puede aumentar nuestro riesgo de padecer una enfermedad tanto, si no más, que la forma en que vivimos. El modelo biomédico, e incluso la psicología de la salud, cuando analizan los factores que reducen el riesgo de padecer enfermedades, se han centrado normalmente en los factores de riesgo personales, como la personalidad, la dieta y los niveles de ejercicio físico. En el Capítulo 1 analizamos algunas de estas cuestiones. Sin embargo, hay una creciente evidencia empírica acerca de la influencia que los factores sociales y del entorno puedan tener sobre nuestra salud, mayor incluso que la de estos factores de riesgo individual. En las sociedades occidentales las personas que tienen una buena situación económica viven, de media, cinco años más que los pobres. De la misma manera, las personas que desempeñan papeles minoritarios en la sociedad debido a factores étnicos o de otro tipo pueden padecer más enfermedades o morir antes que la mayoría de la población. Incluso el hecho de que las mujeres vivan más que los hombres puede deberse tanto a factores sociales y psicológicos como a factores biológicos. La evidencia empírica que respalda estas afirmaciones se ha obtenido hace relativamente poco tiempo, y debido a sus repercusiones políticas ha sido, en ocasiones, controvertida. Se ha intentado suprimir datos relevantes. Tal vez esto quede mejor ilustrado por la publicación del *Black Report*¹ (disponible en Whitehead, Townsend y Davidson, 1992). Ésta fue una de las primeras publicaciones británicas que identificaba la pobreza como causa de una mala salud. Encargado por el gobierno laborista en 1977, el comité informó de sus conclusiones en 1980, cuando había un gobierno conservador en el poder. Incapaces de impedir su publicación, la respuesta gubernamental consistió en «enterrar» el informe, publicando un número limitado de copias durante las vacaciones de agosto, cuando la atención de los medios de comunicación era mínima. En la actualidad, la única forma que tiene la mayoría de la gente de acceder al informe consiste en leer la versión en formato de libro (Whitehead *et al.*, 1992), publicado más de una década más tarde².

Este capítulo analiza la forma en que las personas de los diversos grupos de la sociedad pueden experimentar distintos niveles de salud y longevidad debido a su nivel socioeconómico, sexo, condiciones laborales y etnia. Analiza cada factor de manera independiente aunque, en realidad, cada uno de ellos puede estar relacionado íntimamente con los demás. Por

¹ N. de los R.: El *Black Report*, así conocido por el nombre de quien dirigió la comisión de estudios de las desigualdades sociales, Sir Douglas Black, puede consultarse en la página web de la Socialist Health Association, que cuenta con una fotografía de la portada original de una de las 260 copias que se editaron del mismo y en la que puede apreciarse el *celo* que se puso no sólo en su difusión, sino también en su edición (www.sochealth.co.uk/history/black.htm).

² Estimulados por el ejemplo británico, España, a través del Ministerio de Sanidad y Consumo, crearía en 1993 una comisión científica para estudiar las desigualdades sociales en salud en nuestro país, que acabaría dando lugar a su propio informe (Naranjo, V., Benach, J. y la comisión científica para el estudio de las desigualdades sociales en salud. *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996).

ejemplo, las personas pertenecientes a minorías étnicas suelen tener todavía una peor situación económica que la mayoría de la población y pueden padecer efectos adversos sobre la salud, debido tanto a su proveniencia étnica como a su nivel socioeconómico. Por ello, aunque este capítulo intenta identificar los riesgos o beneficios sobre la salud relacionados con distintos contextos sociales, hay que recordar que muchos individuos tienen que enfrentarse a múltiples desventajas o ventajas como resultado de su participación en diversos contextos sociales.

Evidencia empírica sobre las diferencias de la salud

Diferencias de salud

Término utilizado para hacer referencia a las diferencias en el estado de salud y en la esperanza de vida en distintos grupos.

Hay claras **diferencias de salud** en la población total, tanto dentro de un país como entre países. Con algunas excepciones importantes, cuanto más rico es un país, más tiempo vive su población. La Organización Mundial de la Salud (OMS: www.who.int/inf-pr-2000/en/pr2000-life.html) ha desarrollado recientemente un nuevo sistema para medir la esperanza de vida. Este sistema se centra en el número esperado de años que se vivirán en términos de perfecta salud, lo que se ha denominado «esperanza de vida sana». Quizás no debería sorprender el hecho de que todos los países que tenían la peor esperanza de vida al inicio del nuevo siglo se encontraban en el África subsahariana. Las poblaciones con más esperanza de vida se repartían por todo el mundo, aunque predominaban los países europeos (véase la Tabla 2.1).

Tabla 2.1 El tiempo medio de esperanza de vida sana en los diez primeros y diez últimos países del mundo

10 primeros	Media de años con esperanza de vida sana	10 últimos	Media de años con esperanza de vida sana
Japón	74,5	Sierra Leona	25,9
Australia	73,2	Nigeria	29,1
Francia	73,1	Zambia	30,3
Suecia	73,0	Botswana	32,2
España	72,7	Uganda	32,7
Grecia	72,5	Ruanda	32,8
Suiza	72,5	Zimbabue	32,9
Mónaco	72,4	Mali	33,1
Andorra	72,3	Etiopía	33,5

Fuente: OMS (2000).

Resulta interesante que el país más rico del mundo, Estados Unidos, obtenga, de hecho, un índice relativamente bajo, ocupando tan sólo la vigésimo cuarta posición de la clasificación. La esperanza media de vida sana fue de 70,0 años. Hay una serie de explicaciones de esta aparente anomalía, entre las que se encuentran las siguientes, algunas de las cuales se analizarán detalladamente más adelante en este capítulo:

- Algunos grupos sociales de Estados Unidos, como los americanos nativos y los pobres de las zonas urbanas, tienen una salud extremadamente mala, más característica de los países en desarrollo que de un país rico industrializado.
- El epidémico VIH ha provocado una mayor proporción de fallecimientos y discapacidades entre los estadounidenses jóvenes y de edad media que en la mayoría de los demás países avanzados.
- Estados Unidos es uno de los países con mayor incidencia de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, especialmente cáncer de pulmón y enfermedades pulmonares crónicas.
- Estados Unidos tiene un elevado grado de violencia, especialmente de homicidios, en comparación con otros países industriales.

En el punto de mira

La escala social del registro general británico

La evidencia empírica sobre las diferencias de la salud en la escala social se puede basar en una serie de índices de la riqueza dentro de una sociedad. Una forma de medir la riqueza consiste en identificar simplemente la renta de los individuos. Como muchas personas se muestran reacias a revelar su renta, se han desarrollado otras medidas alternativas. Una de las utilizadas con más frecuencia es el tipo de trabajo que realiza un individuo, que sin ser una medida tan precisa de la riqueza se acepta generalmente como una aproximación razonable a la renta. El sistema de clasificación desarrollado para el registro general británico utiliza las siguientes grandes categorías de tipos de trabajo:

- I Profesionales y autónomos
- II Cargos directivos y técnicos
- IIIN Profesiones cualificadas no manuales
- IIIM Profesiones cualificadas manuales
- IV Profesiones semi-cualificadas
- V Profesiones no cualificadas
- VI Fuerzas Armadas

En la actualidad, este sistema ha sido sustituido por una clasificación más detallada en ocho grupos, pero los datos que se presentan aquí están basados en el sistema inicial.

Cuanto más rica es una persona *dentro de* un país, también es más probable que viva más años que las personas en peor situación económica. Por ejemplo, la evidencia empírica en el Reino Unido sugiere que las personas con un mayor nivel socioeconómico, es decir, las que se encuentran en los grupos sociales I y II (*véase* el cuadro), viven más tiempo y tienen una vida más saludable que las personas en los grupos sociales IV/V. Se pueden encontrar datos similares en todos los países industrializados (Wilkinson, 1992). La distancia entre ricos y pobres también parece aumentar con el tiempo, incluso aunque las tasas totales de enfermedades están dis-

minuyendo. Por ejemplo, los datos de la Tabla 2.2 indican que, entre 1981 y 1985, las mujeres pertenecientes a los grupos sociales IV/V tenían un 29 por ciento más de probabilidad de morir en el intervalo de edad de 35 a 64 años que las mujeres de los grupos sociales I/II. Entre 1986 y 1992 el porcentaje creció hasta el 55 por ciento.

Estas diferencias de salud son evidentemente importantes y se deben a diversas causas. En la próxima sección de este capítulo se analizan algunas de las explicaciones que se han propuesto.

Tabla 2.2 Tasas de mortalidad en el Reino Unido por 100.000 personas con edades comprendidas entre 35 y 64 años por clase social debido a (a) todas las causas y (b) enfermedades cardiovasculares

Grupo social	Mujeres (35-64 años)		Hombres (35-64 años)	
	1981-1985	1986-1992	1981-1985	1986-1992
(a)				
I/II	344	270	539	455
IIIN	387	305	658	484
IIIM	396	356	691	624
IV/V	445	418	824	762
Ratio de los grupos IV/V entre los grupos I/II	1,29	1,55	1,53	1,68
(b)				
I/II	45	29	185	160
IIIN	57	39	267	162
IIIM	67	59	269	231
IV/V	76	78	293	266
Ratio de los grupos IV/V entre los grupos I/II	1,69	2,69	1,58	1,66

Fuente: Adaptado de Acheson (1998).

Tener frente a no tener: el efecto de la pobreza sobre la salud

El factor económico y social con más influencia sobre la salud quizás sea la pobreza. Las comparaciones de la esperanza de vida entre países que se ha mostrado anteriormente indican que las personas que viven en países en desarrollo tienen una esperanza de vida significativamente más corta que las que viven en países desarrollados más ricos. La mayoría de la población mundial vive en países en desarrollo (aproximadamente 4.400 millones de personas de una población mundial total de 5.600 millones). Cerca de la tercera parte de los fallecimientos en los países en desarrollo se produce antes de los cinco años de edad (OMS, 1995), mientras que una tercera parte adicional se produce antes de los 65. Esto contrasta con lo que ocurre en los países desarrollados, en los que como media las dos terceras partes de los fallecimientos se producen tras los 65 años de edad.

Los factores que contribuyen a estas estadísticas son de carácter económico, medioambiental y social. Se incluyen la falta de agua potable, falta de higiene, una dieta inadecuada y un difícil acceso a la atención sanitaria que, incluso cuando se puede acceder a ella, suele ser rudimentaria y care-

cer de recursos. La OMS (1995) ha estimado que la pobreza ha provocado 12 millones de muertes anuales en niños con menos de 5 años, siendo la causa de muerte más común la diarrea, la disentería y las infecciones del tracto respiratorio inferior, cuyo tratamiento es relativamente fácil en los países que disfrutan de buenas instalaciones médicas. Las principales causas de muerte entre la población adulta incluyen la tuberculosis y la malaria. Un problema particular que tienen actualmente muchos países en desarrollo de África es el de la infección de VIH y el SIDA. Aquí, la falta de financiación para tratar a los individuos infectados con VIH con **fármacos antirretrovirales** y la resistencia inicial a reconocer el papel del VIH en el desarrollo del SIDA en Sudáfrica, han contribuido a una pandemia que está costando la vida a millones de personas en todo el continente.

Fármacos antirretrovirales

Fármacos que impiden la reproducción de un tipo de virus conocido como retrovirus. Conocidos sobre todo por su uso en el tratamiento del VIH.

Incluso entre los «ricos» hay diferencias de salud

Aunque el mundo desarrollado no tiene los importantes niveles de pobreza que se encuentran en el mundo en desarrollo, sigue habiendo distintos grados de riqueza en estos países, con sus correspondientes diferencias de salud (véase la Tabla 2.2). Dentro de los países industrializados, cuanto más rico es un individuo, más tiende a vivir una vida más larga y a tener menos enfermedades durante su vida que las personas con menos poder económico. Es importante destacar que existe una relación *lineal* entre la renta (independientemente de cómo se mida) y la salud (véase la Figura 2.1). Este dato no sólo indica que los muy pobres mueren antes que los muy ricos, sino que además es un indicador de que unas diferencias bastante modera-

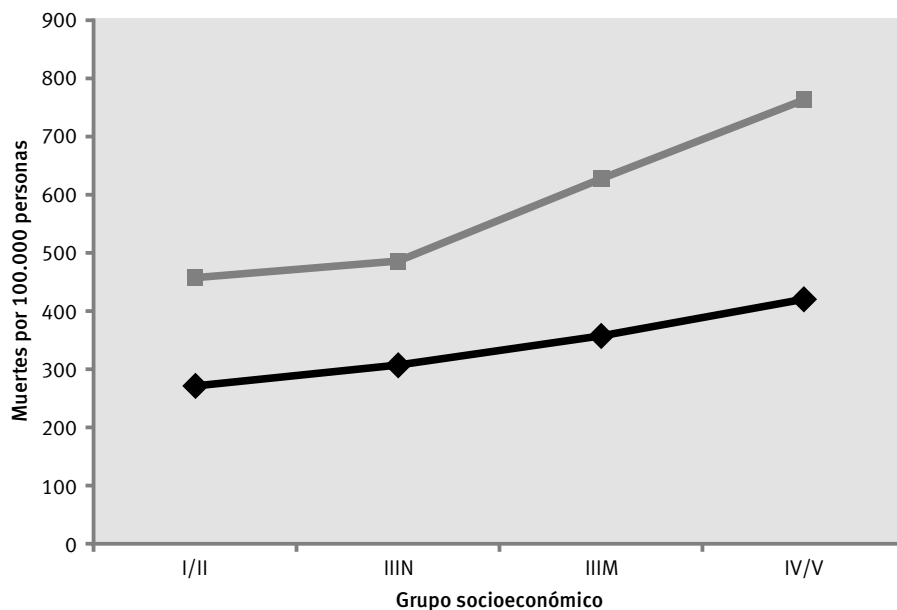


Figura 2.1 Número de hombres (—■) y mujeres (—◆) que mueren en el Reino Unido entre los 35 y los 64 años por grupos sociales.

Fuente: Acheson (1998).

das en la riqueza o en factores sociales indicadores de la riqueza, afectan a la salud en todos los grupos sociales. Este efecto puede ser increíblemente sutil. Marmot, Davey-Smith y Stansfeld (1991), por ejemplo, han afirmado que los ejecutivos de clase media que tenían un automóvil tenían más probabilidades de morir antes que otros individuos con ingresos similares que poseían dos automóviles.

Explicaciones de las desigualdades en la salud por cuestiones socioeconómicas

Se han propuesto diversas explicaciones de estas desigualdades en la salud y algunas de ellas consideran que son resultado del comportamiento del individuo y, por tanto, su responsabilidad. Otras sugieren que hay algo en el hecho de pertenecer a distintos grupos sociales que puede, en sí mismo, afectar directamente a la salud. Pero la primera pregunta que hay que abordar es la de la dirección de la relación causal entre el nivel socioeconómico y la salud. ¿Afecta el nivel socioeconómico a la salud o es la salud la que afecta al nivel socioeconómico?

■ **Causalidad social frente a deriva o desplazamiento social**

La primera hipótesis sobre las diferencias de salud contrapone una explicación social frente a una más individual. La primera, conocida como el modelo de causalidad social, sugiere que un bajo nivel socioeconómico «causa» los problemas de salud: es decir, hay algo en el hecho de pertenecer a un grupo socioeconómico bajo que afecta negativamente a la salud de los individuos. La perspectiva opuesta, conocida como el modelo del desplazamiento o la deriva social, sugiere que cuando un individuo desarrolla un problema de salud puede ser incapaz de conservar su trabajo o de hacer el número de horas extra que necesita para mantener su nivel de vida. De esta forma, su nivel en la escala socioeconómica sufre un desplazamiento hacia abajo: es decir, los problemas de salud «causan» un bajo nivel socioeconómico.

Los estudios longitudinales han aportado evidencia empírica relevante para estas hipótesis. Normalmente, identifican a una población representativa de varios miles de individuos sanos a los que se somete a un seguimiento durante una serie de años para ver las enfermedades que desarrollan y cuáles son las causas de su muerte. Las diferencias en las medidas tomadas en la línea base entre los que desarrollan y los que no desarrollan enfermedades son consideradas como los factores de riesgo para padecer una enfermedad: las personas que mueren de cáncer, por ejemplo, tienen más probabilidades de haber fumado durante el registro de la línea base que las que no, lo que sugiere que el consumo de tabaco contribuye al riesgo de padecer cáncer. Cada uno de los estudios que utiliza este tipo de análisis ha encontrado que las mediciones del nivel socioeconómico realizadas en la línea base predicen el posterior estado de salud, mientras que el estado de salud no predice con tanta fuerza el nivel socioeconómico. Por tanto, el nivel socioeconómico suele ser considerado generalmente como

una *causa* de las diferencias en el estado de salud, más que como una consecuencia (por ejemplo, Marmot Davey-Smith y Stansfeld, 1991).

Otros datos que respaldan el modelo de causalidad social muestran que, a medida que las personas pasan de una situación de empleo a una situación de desempleo debido a reestructuraciones empresariales (es decir, no por causa de algún tipo de factor personal), experimentan mayores problemas de salud, tanto física como emocional, que cuando estaban trabajando. Ferrie, Martikainen, Shipley *et al.* (2001), por ejemplo, han encontrado que la falta de un puesto de trabajo seguro o el permanecer en una situación de desempleo tras una reducción de plantilla, están relacionados con incrementos significativos de problemas psiquiátricos y de salud menores. Por ello, parece que el paso a un grupo socioeconómico inferior o una reducción de la seguridad económica pueden provocar problemas de salud. Los datos publicados por Davey-Smith y Philips (1991) también resultan relevantes en este punto. Estos autores han analizado el papel relativo del entorno durante la infancia frente al entorno en la edad adulta en la salud de los adultos. Sus análisis indican que el contexto social en el que vivimos como adultos tiene una mayor influencia sobre nuestra salud que el contexto en el que vivimos durante la niñez. Estos datos sugieren, de nuevo, que el efecto del entorno sobre nuestra salud no es fijo y que los cambios en el nivel socioeconómico durante el ciclo vital afectarán a nuestra salud.

Puesto que los datos sugieren claramente que hay algo en el hecho de pertenecer a grupos socioeconómicos bajos que confiere un riesgo diferencial de padecer enfermedades, debemos centrarnos en analizar cuáles son esos factores.

■ Diferencias en comportamiento saludable

En el Capítulo 1 hemos identificado cómo afectan una serie de conductas a nuestra salud. Teniendo esto presente, una primera explicación potencial de los peores niveles de salud y la mayor mortalidad prematura entre las personas de los grupos socioeconómicos más bajos podría basarse en las diferencias en la realización de conductas perniciosas para la salud, que serían más abundantes en estos grupos frente a la realización de conductas saludables, más frecuentes en los grupos socioeconómicos más altos. Parece que es así. Las personas de los grupos socioeconómicos más bajos tienden a fumar y a beber más alcohol, a tener una dieta menos saludable y a hacer menos ejercicio físico que las personas en mejor situación económica (por ejemplo, Health Promotion Authority for Wales, 1996).

Sin embargo, estas diferencias no proporcionan toda la explicación de las diferencias en la salud. Hay una serie de estudios que han analizado la relación entre factores de riesgo tradicionales de padecer enfermedades, la situación socioeconómica y la mortalidad. Todos han concluido que, aunque las diferencias en las conductas relacionadas con la salud pueden explicar parte de las diferencias socioeconómicas en la salud, no proporcionan una explicación completa. Marmot, Shipley y Rose (1984), por ejemplo, han analizado el efecto que tiene el nivel profesional y las con-

ductas de salud sobre el estado de salud a lo largo de un periodo de diez años. Tras tener en cuenta el grado de consumo de tabaco, de alcohol, la obesidad, el colesterol en sangre (indicador del consumo de materias grasas en la dieta) y la presión arterial, Marmot y colaboradores han concluido que el nivel profesional seguía prediciendo de manera independiente el estado de salud. Los varones en las categorías profesionales inferiores eran tres veces más propensos a morir que los que se encontraban en las categorías más altas durante este periodo, incluso después de aislar estadísticamente los efectos de la conducta individual.

Aun admitiendo que el nivel socioeconómico ejerce una influencia sobre la salud, independientemente de las conductas de riesgo para la misma, es importante señalar que muchas personas de los grupos de situación socioeconómica inferior tienen conductas más perjudiciales para la salud que las personas pertenecientes a grupos socioeconómicos más elevados. Por ello, muchas personas de los grupos de situación socioeconómica baja tienen, potencialmente, una doble desventaja debido tanto a su posición social como a la frecuencia con la que tienen conductas comprometedoras para la salud. Sobre esta afirmación léanse también las conclusiones de Hein, Suadicani y Gyntelberg (1992) analizadas más adelante. Lo que tal vez merece la pena comentar aquí es *por qué* las personas de los grupos socioeconómicos más bajos muestran conductas más comprometedoras para la salud. No parece ser por una falta de conocimientos. Una serie de encuestas ha demostrado que las personas en los grupos de situación socioeconómica más baja son tan conscientes de los riesgos relacionados con una conducta potencialmente perjudicial para la salud, como el fumar, como en los grupos socioeconómicos más altos, pero no parecen tan dispuestas a actuar de forma consecuente con esta información. Una explicación podría ser la falta de oportunidades y el estrés cotidiano relacionado con una situación de privación económica que podría dar lugar a mayores niveles de conductas de riesgo que ayudan al individuo a superar sus problemas cotidianos e inhiben las consideraciones a más largo plazo sobre las repercusiones para la salud. El trabajo de Graham (1994), por ejemplo, que entrevistó a una serie de mujeres fumadoras de clase trabajadora, reveló que eran muy conscientes de las consecuencias negativas para la salud del hábito del tabaco, pero seguían fumando porque esto las ayudaba a superar el estrés diario de tener que sacar adelante a la familia con escasos recursos económicos. El tipo de elecciones que hacemos en relación con las conductas de salud y, en algunos casos, las posibilidades de elección, pueden estar limitadas por el contexto social en el que vivimos.

De particular interés es el hecho de que los factores socioeconómicos pueden realmente, en ocasiones, superar los efectos de la conducta individual. Un ejemplo se puede encontrar en el trabajo de Hein, Suadicani y Gyntelberg (1992), que informaba sobre los resultados de un estudio prospectivo de 17 años sobre las **enfermedades cardiovasculares** entre los varones daneses. Como se predecía, encontraron que los fumadores tenían, en general, tres veces y media más probabilidades de desarrollar una enfermedad cardiovascular que los no fumadores. Sin embargo, también descubrieron que los fumadores de «cuello blanco» tenían seis veces y media

Enfermedades cardiovasculares

Estrechamiento del diámetro de los vasos sanguíneos que llevan sangre y oxígeno al corazón. Se deben a una acumulación de materia grasa y placa (**aterosclerosis**). Puede dar lugar a una **angina** o a un **infarto de miocardio**.

más probabilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares que los equivalentes no fumadores, mientras que los trabajadores de «cuello azul» no mostraban ningún riesgo adicional de contraer una enfermedad cardiovascular debido a su situación de fumadores. Estos datos sugieren que los riesgos para la salud relacionados con el hábito de fumar pueden ser más influyentes entre las personas que no estaban en una situación de riesgo debido a su nivel socioeconómico: entre los grupos socioeconómicos de nivel más bajo, el impacto del hábito de fumar sobre la salud casi desaparecía: el nivel socioeconómico parecía ser un determinante mucho más importante de la salud. Esto puede resultar un alivio para las mujeres fumadoras entrevistadas por Graham y puede tener repercusiones sobre el tipo de política e intervenciones sanitarias que pueden afectar a la salud de estos individuos.

■ Agravamiento por el entorno

Una segunda explicación, aparentemente no psicológica, de las diferencias de salud entre los grupos sociales es que las personas de los grupos socioeconómicos inferiores están expuestas a entornos mucho más perjudiciales para la salud. Las personas de los grupos socioeconómicos inferiores tienen más probabilidades de estar expuestas a trabajos en entornos peligrosos, como la construcción, y tienen más accidentes que las que se encuentran en grupos socioeconómicos más altos a lo largo de su vida laboral (Acheson, 1998) (la exposición diferencial a productos químicos tóxicos es relativamente poco frecuente en la actualidad debido a la legislación sobre seguridad y sanidad laboral). Además, pueden experimentar condiciones del entorno familiar como viviendas de baja calidad, humedad y mayores niveles de contaminación atmosférica que los que pertenecen a grupos socioeconómicos más altos (Stokols, 1992). Sin embargo, los factores medioambientales también pueden tener efecto a través de vías sociales y psicológicas. Un mecanismo por el que se puede producir es el estrés relacionado con el hacinamiento. Existe una clara evidencia empírica, tanto en la investigación sobre humanos como en la investigación con animales, que afirma que el hacinamiento está asociado con mayores niveles de hormonas relacionadas con el estrés. El trabajo con animales también ha demostrado que el hacinamiento, combinado con una dieta alta en colesterol, está relacionado con un desarrollo acelerado de **ateromas** y enfermedades cardiovasculares (Baum, Garofalo y Yali, 1999).

Ateroma

Depósito de grasa en el recubrimiento interior de una arteria.

Puede que también estén actuando procesos más sutiles. Un ejemplo puede encontrarse en el efecto del tipo de vivienda en el que vivimos. En Gran Bretaña, las tasas de mortalidad son aproximadamente un 25 por ciento superiores entre las personas que viven de alquiler que entre las personas que son propietarias de su propia casa (Filakti y Fox, 1995). Las personas que viven de alquiler también tienen mayores tasas de enfermedades de larga duración que los propietarios de su propia casa (Lewis, Bebbington, Brugha *et al.*, 1998). Woodward, Oliphant, Lowe *et al.* (2003), por ejemplo, han concluido que, tras hacer los ajustes por edades, los varones que viven de alquiler corren un riesgo 1,48 veces superior a desarro-

llar enfermedades cardiovasculares que los varones que poseen su propia vivienda; las mujeres que viven de alquiler tenían 2,6 veces más probabilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares que sus homólogas propietarias de su vivienda. Hay una serie de explicaciones de estas diferencias:

- Las personas que viven de alquiler pueden padecer más condiciones de humedad, mala ventilación, hacinamiento, etc.
- Las viviendas de alquiler pueden estar más alejadas de los servicios, dificultando el acceso a instalaciones de ocio y a tiendas de buena calidad.
- Las personas que viven de alquiler ganan menos dinero que las personas que son propietarias de su propia casa.
- Las repercusiones psicológicas de vivir en distintos tipos de vivienda pueden afectar directamente a la salud.

Aunque esta cuarta vía ha recibido poca atención, Macintyre y Ellaway (1998) han encontrado que hay una serie de medidas de la salud física y mental que están significativamente asociadas con la propiedad de una vivienda, incluso después de controlar los efectos de la calidad del tipo de vivienda y la edad, el sexo, la renta y la autoestima de sus ocupantes. Según estos autores, los datos sugerían que el tipo de vivienda en propiedad estaba directamente asociado, en sí, con la salud. Sugerían, por ejemplo, que el grado de control que tenemos sobre nuestro entorno vital puede influir sobre el estado de ánimo, los niveles de estrés y el control percibido del individuo sobre un conjunto más amplio de conductas de salud, todo lo cual puede contribuir a una mala salud.

■ Estrés, tensión y depresión

Lo comentado hasta ahora permite concluir que las malas condiciones de la vivienda provocan estrés, lo que a su vez provoca una mala salud. Este argumento se puede ampliar para sugerir que las diferencias del estrés más general experimentado en los distintos grupos sociales dan lugar a diferencias en la salud entre éstos. Parece una hipótesis razonable. Existe evidencia empírica consistente que afirma que las personas en los grupos socioeconómicos más bajos no sólo experimentan más estrés que las personas en los grupos socioeconómicos más altos (Marmot, Ryff, Bumpass *et al.*, 1997; McLeod y Kessler, 1990), sino que, con frecuencia, tienen menos recursos que les ayuden a afrontarlo. Por ello, pueden ser más vulnerables al estrés que los individuos que están en grupos económicos más altos. También pueden tener menos momentos buenos que reducen el estrés que las personas de los grupos socioeconómicos más altos. También hay una evidencia significativa que sugiere que el estrés afecta negativamente a la salud. Analizaremos esta evidencia y los mecanismos que explican cómo el estrés puede provocar enfermedades en el Capítulo 11.

Aquí vamos a analizar la primera parte de esta relación: la afirmación de que las personas en los grupos socioeconómicos más bajos experimentan más estrés que aquellas que pertenecen a grupos más altos. A conti-

nuación se resumen algunos de los factores de estrés (incluyendo conductas comprometedoras para la salud y reducción de oportunidades en la vida) que pueden ser más frecuentes en los grupos socioeconómicos más bajos que en aquellos con mejor situación económica (véase Carroll, Davey-Smith y Bennett, 1996):

- *Infancia*: inestabilidad familiar, hacinamiento, dieta inadecuada, oportunidades educativas limitadas.
- *Adolescencia*: conflictos familiares, ser fumador pasivo y fumador activo, abandono escolar con una baja titulación, desempleo o puestos de trabajo con salarios bajos e inseguros.
- *Edad adulta*: trabajo en condiciones peligrosas, inseguridad económica, periodos de desempleo, bajo grado de control de la vida laboral o familiar, relaciones sociales negativas.
- *Vejez*: carencia de pensión contributiva o tener una baja pensión, sistema de calefacción inadecuado, mala alimentación, etc.

Este conjunto de datos se ha integrado en el modelo de la conservación de recursos de Hobfoll y Lilly (1993), que propone que la salud física y mental están determinadas por la cantidad de recursos de que dispone un individuo. Estos recursos pueden ser:

- Económicos (por ejemplo, trabajo, renta).
- Sociales (por ejemplo, apoyo familiar).
- Estructurales (por ejemplo, tipo de vivienda).
- Psicológicos (por ejemplo, habilidades de afrontamiento de problemas, control percibido).

Tener acceso a una gran cantidad de recursos protege la salud. Una cantidad de recursos reducida pone al individuo en situación de riesgo de padecer problemas de salud. Aunque el modelo ha recibido un respaldo general (por ejemplo, Hobfoll, 2001), su relación con los factores socioeconómicos está todavía por analizar de forma exhaustiva. El modelo es contrario a los modelos de estrés de valoración individual analizados en el Capítulo 11 y sugiere que algunos factores afectan tanto a nuestra salud física y mental que no están mediados por las valoraciones individuales sino que nos afectan a todos de forma parecida. Como tal, el modelo indica el tipo de factores que afectan a la salud de las personas en toda la sociedad, aunque sin explicar cómo actúan realmente estos factores.

Una emoción específica que se relaciona cada vez más con las enfermedades y, en particular, con las enfermedades cardiovasculares, es la depresión. Al igual que en el caso del estrés, las tasas de depresión no se distribuyen de forma homogénea por toda la sociedad. Son relativamente elevadas entre los pobres, las minorías étnicas y los que tienen un escaso apoyo social o conyugal. Por tanto, las diferencias en la **prevalencia** de la depresión entre los grupos sociales también pueden contribuir a las diferencias de salud. Un último factor que puede interactuar con el nivel socioeconómico para influir sobre el riesgo de contraer enfermedades es el apoyo social de que dispone un individuo. Un alto número de relaciones sociales positivas y un reducido número de relaciones conflictivas puede proteger a los individuos de los efectos adversos del estrés derivado de la

Prevalencia

Número de casos confirmados de una enfermedad en una población en un determinado momento. A menudo se describe como el porcentaje del total de la población o casos por 100.000 individuos.

escasa disponibilidad de recursos económicos. En cambio, un bajo nivel socioeconómico, combinado con un sistema de apoyo social pobre, puede aumentar significativamente el riesgo de padecer enfermedades (Taylor y Seeman, 1999). Tristemente, el potencial efecto protector del buen apoyo social puede estar menos disponible que antaño. Frente a las investigaciones realizadas en la década de 1950, los que se encuentran en grupos sociales más altos parecen tener ahora más apoyo social que los que se encuentran en grupos sociales más bajos (por ejemplo, Marmot, Davey-Smith y Stansfield, 1991; Ruberman, Weinblatt, Goldberg *et al.*, 1984).

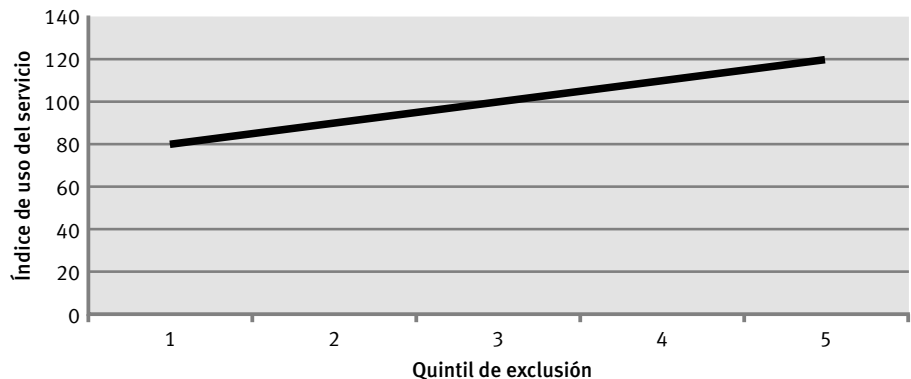
■ Acceso a la atención sanitaria

El acceso a la atención sanitaria diferirá probablemente dependiendo tanto de las características personales como del sistema de atención sanitaria al que quiere acceder el individuo. Tal vez el mayor número de estudios sobre este fenómeno se haya realizado en Estados Unidos, donde existen distintos sistemas de atención sanitaria para los que tienen seguro médico y los que no. Aquí, los que están en peor situación reciben claramente una peor atención sanitaria. Qureshi, Thacker, Litaker *et al.* (2000), por ejemplo, señalan que, aunque el acceso a las **mamografías** no varía en Estados Unidos en función del nivel de educación o del grupo étnico, era inferior entre los que tenían «dificultades de acceso a la atención sanitaria o problemas con el seguro médico». Incluso entre los que tienen algún tipo de seguro médico (Medicare), los pacientes que viven en vecindarios pobres reciben una peor atención sanitaria que los que viven en zonas más adineradas, sobre todo en hospitales rurales y no universitarios (Kahn, Pearson, Harrison *et al.*, 1994).

Por el contrario, en el Reino Unido, donde existe un acceso universal a la atención sanitaria, las personas de los grupos socioeconómicos más bajos acceden a los sistemas sanitarios con más frecuencia que las personas en grupos de situación socioeconómica más alta (véase la Figura 2.2). Por tanto, parece que, por una parte, no hay problemas para acceder a la

Mamografía

Procedimiento de baja dosis de rayos X que crea una imagen del pecho. Se puede utilizar la imagen de rayos X para identificar tumores en las primeras etapas.



(El quintil 1 incluye los sectores más ricos por código postal. El quintil 5 los más excluidos)

Figura 2.2 Uso de los servicios sanitarios en función del nivel de exclusión social en Escocia en 1999.

Fuente: Scottish Executive (1999).

atención sanitaria. Sin embargo, lo que estos datos no reflejan es si el mayor uso de los recursos de la atención sanitaria basta para contrarrestar el mayor nivel de mala salud relacionado con los grupos socioeconómicos más bajos.

La evidencia sugiere lo contrario. En el informe Scottish Executive (1999) sobre las desigualdades en la salud, por ejemplo, se informaba sobre considerables diferencias entre las tasas de algunos procedimientos médicos y quirúrgicos entre los pobres y los más ricos de Escocia: las tasas de sustituciones de cadera, las operaciones de hernias y la cirugía de varices eran muy superiores por persona entre los más adinerados que entre las personas que vivían en áreas deprimidas. Además, aunque un mayor porcentaje de los segmentos de la sociedad con más privaciones económicas había recibido **injertos de bypass** en las arterias coronarias por enfermedades cardiovasculares que el porcentaje en grupos de situación socioeconómica más alta, la diferencia relativa no era tan grande como las mayores diferencias de la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares entre los grupos. Aunque más personas habían recibido cirugía, la población más pobre seguía estando relativamente privada de atención sanitaria en comparación con los individuos pertenecientes a grupos de situación socioeconómica más alta.

Estos datos sugieren que la provisión de atención sanitaria difiere en función de donde vive una persona en el Reino Unido (véase el cuadro EN EL PUNTO DE MIRA). Sin embargo, otros factores relacionados con las privaciones económicas y sociales también pueden afectar al uso de la atención sanitaria, incluso cuando ésta se proporciona por igual. Por ejemplo, Goyder, McNally y Botha (2000) afirman que las personas que acuden a una clínica de atención rutinaria para la diabetes tenían más probabilidades de ser personas más jóvenes, con acceso a un automóvil y un trabajo de «cuello blanco» que las personas que no acudían a la clínica. Las personas con pocos recursos económicos pueden ver limitada la atención sanitaria que reciben, bien porque ésta no llega a todos por igual o, aunque lo haga, sus medios para acceder a ella son reducidos.

Bypass en las arterias coronarias

Procedimiento quirúrgico en el que se utilizan arterias o venas de otras partes del cuerpo para comunicar la aorta con las arterias coronarias, creando una desviación de los bloqueos provocados por el ateroma en las arterias cardíacas y mejorando la provisión de sangre al corazón.

En el punto de mira

Desigualdades en la atención sanitaria

La atención sanitaria requiere tanto un proveedor como un usuario. La llamada «lotería del código postal» del Reino Unido, por la que se recibe una atención sanitaria distinta en función de donde se viva, sugiere que los proveedores de la atención sanitaria en el Reino Unido no está proporcionando un servicio equitativo en todas las regiones, ya que los que viven en aquellas más pobres suelen recibir menos atención sanitaria que los que viven en zonas más ricas. Hemos visto cómo el Scottish Executive demostraba que, aunque hay más recursos disponibles para la atención a las personas que viven en las regiones más deprimidas de Escocia, no son suficientes para satisfacer las graves necesidades de aten-

ción sanitaria de la población. Las desigualdades en el servicio no son sólo evidentes a nivel local. Hay regiones enteras que pueden diferir en cuanto a la disponibilidad de atención sanitaria. Una auditoría de la prescripción de un fármaco denominado herceptin (www.cancerbacup.org.uk/fund/press/RocheAudit.doc), que puede resultar eficaz en el tratamiento del cáncer de mama avanzado, concluyó que el 14 por ciento de las mujeres que vivían en las Midlands tuvo acceso al fármaco en 2003. Esta cifra aumentaba hasta el 28 por ciento en el Norte y el Noreste, al 33,5 por ciento en el Sudeste y en East Anglia y hasta el 61 por ciento en el Sudoeste. Se encontraron estas diferencias a pesar de que el organismo asesor de tratamientos del gobierno (el National Institute for Clinical Excellence, NICE) había recomendado el uso del fármaco herceptin para el tratamiento de las mujeres con un cáncer de mama avanzado.

Pero no sólo existen desigualdades en la atención sanitaria a nivel geográfico. Más adelante, en este capítulo, demostraremos que las diferencias en la atención pueden aparecer en los propios hospitales en función del origen étnico de los pacientes. Por ejemplo, en Estados Unidos se puede ofrecer a los pacientes afroamericanos menos cirugía curativa por enfermedades cardiovasculares que a los pacientes blancos. La gente pobre puede acceder menos al sistema sanitario que los que tienen una mejor situación económica. Finalmente, los médicos pueden elegir a los pacientes para recibir distintos tipos de tratamiento en función de su conducta: algunos médicos de gran prestigio han sugerido, por ejemplo, que no se debería ofrecer cirugía cardíaca a los fumadores puesto que el consumo de tabaco podría impedir que obtuvieran el máximo beneficio del tratamiento. A medida que los recursos económicos empiecen a ser escasos, las desigualdades en la atención sanitaria probablemente serán más frecuentes y, tal vez, más explícitas, esto es, se hará manifiesto algo que lleva ocurriendo muchos años pero que no es conocido a nivel popular.

■ Nivel socioeconómico como una cuestión *relativa* más que *absoluta*

Hasta ahora el análisis ha tenido en cuenta factores que difieren entre los grupos socioeconómicos y que pueden afectar a la salud. Wilkinson (1992) sugiere un factor adicional: que el simple hecho de saber que uno es más pobre que su vecino puede, en sí, contribuir a una mala salud. Su análisis de los niveles de mala salud y de mortalidad prematura, tanto dentro de cada país como entre distintos países, le lleva a sugerir que no es únicamente la riqueza *absoluta* la que determina la salud; se trata, más bien, de la riqueza *relativa*. Parte de una evidencia empírica que demuestra que sólo existe una relación débil entre la riqueza absoluta de una sociedad y la esperanza de vida general y que es más importante la distribución de la riqueza dentro de una sociedad. Para demostrar esta afirmación, Wilkinson (1990) comparó los datos sobre la distribución de la renta y la esperanza de vida entre nueve países occidentales. Concluyó que, aunque la riqueza general de un país no estaba relacionada con su esperanza de vida, la diversidad de la distribución de la renta entre los diversos grupos sociales (es decir, la magnitud de la diferencia entre los ricos y pobres) sí que tenía relación con aquélla. La correlación entre ambas variables era notable, del 0,86: cuanto mayor sea la disparidad de la renta entre la población, peor es el estado de salud general.

Los datos longitudinales también contribuyen a reforzar este argumento. Por ejemplo, Forwell (1993) hizo un seguimiento de la edad media de la mortalidad y de la distribución de la renta en Glasgow entre 1981 y 1989, durante la vigencia del gobierno conservador. Durante este periodo se produjo un incremento significativo de la distribución diferencial de la renta entre la población: la renta del segmento más rico de la sociedad aumentó significativamente más que la de los grupos de nivel socioeconómico más bajo. A medida que las diferencias en la renta de las personas que vivían en las áreas más pobres y en las mejores zonas de Glasgow aumentaban durante este periodo, también aumentaron las tasas de **mortalidad prematura** entre las personas que formaban parte de los grupos socioeconómicos más bajos, a pesar de que su acceso a bienes materiales, alimentos, ropa, etc., se mantuvo relativamente estable a lo largo del tiempo. Estos y otros datos parecidos llevaron a Wilkinson (1992) a sugerir que, para la mayoría de las personas de los países occidentales, la salud es el resultado de los niveles de vida relativos, más que de los absolutos. Una explicación de estos datos sugiere que realizamos cierto tipo de comparación de nuestras condiciones de vida con las de los demás miembros de nuestra sociedad y que ese conocimiento sobre nuestras privaciones diferenciales aumenta de alguna manera los riesgos de contraer enfermedades, aunque los mecanismos por lo que esto puede afectar a nuestra salud están muy lejos de ser perfectamente comprendidos.

Mortalidad prematura

Fallecimiento antes de la edad considerada normal. Se fija normalmente a edades inferiores a los 65 años en los países occidentales desarrollados.

Hallazgos de la investigación

Ferrie, J. E., Shipley, M. J., Stansfeld, S. A. (2003). Future uncertainty and socioeconomic inequalities in health: the Whitehall II Study. *Social Science and Medicine*, 57: 637-646.

Antecedentes

Los estudios Whitehall pueden parecer una forma extraña de abordar la relación entre la conducta de la persona, las desigualdades sociales y la salud. El primero de ellos, Whitehall I, consistió en un estudio transversal de las personas que trabajaban en las oficinas gubernamentales británicas de Whitehall. Whitehall II era un estudio longitudinal que analizaba la relación a largo plazo entre estos factores. Entre otras cosas, los estudios han analizado la relación entre el tipo de trabajo que desempeñan los individuos, su conducta y su salud. Como resumen se podría decir que, tras tener en cuenta la conducta individual, se ha encontrado que el cargo que ostenta un individuo en la escala del funcionariado es un potente predictor del tiempo que va a vivir: cuanto más alto es el cargo, mayor la esperanza de vida.

Pero ¿qué podemos concluir de un estudio de los funcionarios británicos con sede en Londres? El punto fuerte del estudio Whitehall es la homogeneidad de las condiciones de vida y de trabajo de todo el conjunto de los individuos estudiados. Otros estudios han analizado las relaciones entre las tasas de enfermedades y el nivel socioeconómico en poblaciones mucho más diversas. Aunque esto presenta algunas ventajas, también implica que las comparaciones entre personas de distintos grupos socioeconómicos conllevan

inevitablemente, comparaciones de personas con diferentes tipos de trabajo, así como con distintos entornos de vida y laborales. Por ello, las diferencias en la mortalidad entre estos grupos pueden ser el resultado de la exposición diferencial a elementos contaminantes, accidentes, etc. Entre los trabajadores de unas oficinas gubernamentales no existen esas diferencias: desde el personal de limpieza hasta el responsable del departamento, todos trabajan en el mismo entorno. Además, casi todos los trabajadores viven en Londres y, así, comparten el mismo nivel de contaminación del aire y otros factores medioambientales. Estas similitudes indican que cualquier diferencia en la salud y en la mortalidad en todo el espectro social no se debe a las diferencias del entorno laboral o de vida personal.

Los estudios Whitehall fueron seminales en su identificación del riesgo de la mala salud y la mortalidad prematura relacionado con una situación socioeconómica baja. Ahora han empezado a analizar algunos de los mecanismos por los que pueden surgir estas diferencias. El artículo de Ferrie *et al.* analiza la relación entre trabajo e inseguridad económica y la salud, tanto mental como física.

Método

Participantes

Los participantes en el estudio Whitehall II eran todos trabajadores de unas oficinas gubernamentales que vivían en Londres. En el inicio, la población del estudio estaba compuesta por 6.895 hombres y 3.413 mujeres de todos los niveles de la escala del funcionariado.

Recopilación de datos

Los datos de la línea base fueron recopilados entre 1985 y 1989. Las medidas de seguimiento fueron tomadas en diversos momentos desde esa fecha. El actual estudio informaba sobre la quinta evaluación de seguimiento (fase cinco), que se produjo entre 1997 y 1999. Todos los participantes se hicieron un análisis clínico en el que se medía la presión arterial, el colesterol, el peso, etc. Además, cumplimentaban un cuestionario que incluía preguntas sobre el estilo de vida, las características del trabajo, el apoyo social, los acontecimientos vitales y las dificultades crónicas. Las siguientes mediciones fueron de particular relevancia para este informe:

- *Valoración de la salud:* «en general, ¿diría que su estado de salud es: excelente, muy bueno, bueno, moderado o malo?».
- *Cuestionario general sobre la salud* (Goldberg, 1997): mide la depresión y la ansiedad.
- *Seguridad laboral:* «¿qué seguridad considera que tiene en su actual trabajo?».
- *Seguridad económica:* «pensando en los diez próximos años, ¿qué seguridad económica cree que tiene?».

Resultados

Al llegar a la quinta fase del estudio, 7.270 participantes iniciales habían completado todo el estudio de seguimiento. Unos 560 participantes habían completado un proceso de evaluación más breve por teléfono, de manera que finalmente se tuvieron datos de 7.630, el 76 por ciento de la muestra original. Éste es un porcentaje muy importante, dado que muchos de los casos perdidos correspondían a individuos fallecidos durante el estudio o que habían dejado de trabajar en la oficina. Los resultados fundamentales del estudio fueron:

- Los participantes en cargos superiores tenían una mejor salud física y mental, menos enfermedades de larga duración, menos obesidad y menor presión arterial. Sin embargo, no variaban en cuanto a niveles de colesterol.
- Se encontró una relación parecida entre el cargo *anterior* y las medidas de la salud entre las personas que estaban desempleadas en el momento en que se hizo la valoración de la fase cinco.
- Los individuos que ostentaban cargos inferiores o que estaban desempleados en el momento de la evaluación y habían ostentado cargos inferiores tenían una mayor inseguridad económica que los que ostentaban cargos superiores.
- La inseguridad laboral sólo tenía una relación marginal con cualquiera de las medidas de salud.
- Por el contrario, la inseguridad económica estaba relacionada con una peor valoración de la salud propia, enfermedades de larga duración (en los hombres, pero no en las mujeres) y niveles de depresión entre los que estaban tanto empleados como desempleados.

Discusión

Se trata de un artículo interesante en muchos sentidos, pero también deja abiertas una serie de preguntas. Un hallazgo importante es la relación entre salud y el cargo laboral. Los individuos que ostentan cargos superiores obtenían mejores resultados tanto en lo concerniente a las medidas de la salud objetivas como a las subjetivas. Lo que también resultaba evidente era que estas desigualdades de la salud se mantenían incluso cuando los individuos dejaban el trabajo y quedaban desempleados.

También resulta interesante que se relacionara la seguridad *económica*, pero no la laboral, con la salud. Parece que nos preocupa menos el que podamos conservar determinado puesto de trabajo que el que podamos seguir ganando suficiente dinero para mantener determinado estilo de vida.

Las minorías y la salud

Un segundo conjunto de factores que discrimina a los individuos en una sociedad es si pertenecen a la mayoría o a una minoría de la población. Se suele analizar en función de la proveniencia étnica o cultural de un individuo, pero también puede reflejar otras diferencias, como las relacionadas con la sexualidad y la religión.

Minorías étnicas

Tal vez la minoría más evidente de cualquier población sean las personas que difieren de la mayoría en cuanto al color de su piel, su religión, etc., a menudo denominadas minorías étnicas. Nazroo (1998) señaló que la etnia implica una serie de cuestiones: idioma, religión, vivencia de raza y de migración, cultura, herencia cultural y formas de identidad. Cada una de estas cuestiones puede contribuir, de forma individual o colectiva, a las

diferencias de la salud de los distintos grupos étnicos. Por tanto, este autor advierte contra el peligro de considerar que todas las personas que pertenecen a todos los grupos étnicos minoritarios son una única entidad, no reconociendo así la realidad de sus distintos estilos de vida.

Estas advertencias quedan, tal vez, reflejadas en las conclusiones de los estudios realizados en el Reino Unido ya que, aunque las tasas de mala salud y de mortalidad prematura entre los individuos pertenecientes a minorías étnicas son generalmente superiores a las de la población blanca, los individuos de ascendencia caribeña tienen una mejor salud (Wild y McKeigue, 1997). Las enfermedades también difieren entre los grupos étnicos. Las tasas de enfermedades cardiovasculares entre los varones británicos del subcontinente indio, por ejemplo, son 36 veces superiores a la media nacional. Entre los jóvenes, estas diferencias son aún mayores: los varones indios jóvenes tienen casi tres veces más probabilidades de desarrollar una enfermedad cardiovascular que sus homólogos blancos. La población afrocaribeña tiene tasas particularmente elevadas de **hipertensión e infarto cerebral**, mientras que los niveles de diabetes son elevados entre los asiáticos. Por el contrario, las tasas de cáncer de pulmón son relativamente bajas entre las personas de origen caribeño o de África Occidental (Balarajan y Raleigh, 1993).

Al buscar explicaciones a la relativa mala salud de las personas pertenecientes a minorías étnicas hay que tener presente una serie de cuestiones. Tal vez la más importante sea que hay un número desproporcionadamente elevado de personas pertenecientes a minorías étnicas que también se encuentran en grupos socioeconómicos bajos. Antes de sugerir que la pertenencia a una minoría étnica influye *por sí sola* sobre la salud, es necesario tener en cuenta los efectos de estos factores socioeconómicos en cualquier comparación entre las minorías étnicas y la mayoría de la población. Esto se puede conseguir comparando las tasas de enfermedades entre los individuos pertenecientes a las minorías étnicas y los individuos pertenecientes a la mayoría de la población en función de grupos de renta u otros indicadores del nivel socioeconómico. Una vez realizadas estas comparaciones, cualquier diferencia en la mortalidad entre los dos grupos queda reducida. Por ejemplo, Haan y Kaplan (1985) han encontrado tasas de enfermedades y muertes prematuras significativamente superiores entre la población estadounidense blanca y negra (hasta una diferencia del 30%) que desaparecía parcialmente tras aislar (*partialling out*) los efectos del nivel socioeconómico. Otros estudios (por ejemplo, Sorlie, Backlund y Keller, 1995) han encontrado una reducción, pero no una anulación, de las diferencias en el estado de salud tras tener en cuenta los efectos de la situación socioeconómica.

La situación socioeconómica ejerce, sin duda alguna, una influencia dentro de las minorías étnicas: igual que para la población mayoritaria, las personas de los grupos socioeconómicos más altos viven generalmente más y disfrutan de más salud a lo largo de su vida que los que tienen menos recursos económicos (Harding y Maxwell, 1997; Davey-Smit *et al.*, 1996). Sin embargo, destacando de nuevo el peligro de considerar que las personas pertenecientes a las distintas minorías étnicas son un único grupo,

Hipertensión

Presión arterial crónicamente elevada (se considera elevada si la presión sistólica supera 160 y la diastólica 120).

Infarto cerebral

Implica un deterioro del cerebro debido a, o bien un derrame de sangre en el tejido cerebral, o bien a un bloqueo en una arteria, que impide que el oxígeno y otros nutrientes lleguen a determinadas partes del cerebro. Se conoce científicamente como un accidente cerebro-vascular.

existen ciertas excepciones a esta regla. Por ejemplo, en el Reino Unido parece que no hay un riesgo diferencial relacionado con el nivel socioeconómico de padecer enfermedades cardiovasculares entre los varones nacidos en el Caribe, o en África Occidental o Sudáfrica (por ejemplo, Harding y Maxwell, 1997). A pesar de estas notas de advertencia, existe un consenso general que afirma que la etnia sí que afecta a la salud, aunque hay diferentes factores que pueden afectar a los distintos grupos étnicos. Se ha propuesto una serie de explicaciones a estas diferencias. Estas explicaciones reflejan, en cierta medida, las relacionadas con el nivel socioeconómico: diferencias en conductas relacionadas con la salud, estrés y acceso a la atención sanitaria.

■ Diferencias en comportamiento saludable

Igual que con el nivel socioeconómico, la hipótesis conductual sugiere que las variaciones en los resultados de la salud se pueden explicar a partir de las diferencias de la conducta en los distintos grupos étnicos. Por ejemplo, en el Reino Unido, muchos varones afrocaribeños y asiáticos de origen punjabi consumen grandes cantidades de alcohol y desarrollan enfermedades relacionadas con el alcohol; el nivel de consumo entre los musulmanes es mínimo, donde la abstinencia total es común. La población asiática de Gran Bretaña tiene un consumo de materia grasa relativamente elevado y, por tanto, elevadas tasas de enfermedades relacionadas como las enfermedades cardiovasculares (Rudat, 1994; Nazroo, 1997). El consumo de tabaco es más frecuente entre los varones afrocaribeños y de Bangladesh que entre la población blanca (Nazroo, 1997).

Hay menos mujeres y hombres con edades entre 16 y 74 años de los grupos de minorías étnicas que de la población mayoritaria que realizan actividades que beneficiarían a su salud. La Health Education Authority (1997), por ejemplo, ha informado de que el 67 por ciento de los indios, el 72 por ciento de los paquistaníes y el 75 por ciento de los habitantes de Bangladesh afirmaba que no realizaba suficiente ejercicio físico como para mejorar su salud. Esto contrasta con el 59 por ciento de los varones de la población general. Entre las mujeres se daba un patrón análogo. Los distintos niveles de conductas saludables pueden reflejar creencias sociales y culturales y normas de la conducta que difieren en función de cada grupo étnico.

■ El estrés de pertenecer a una minoría

Una segunda explicación de las desventajas en la salud de las personas de los grupos minoritarios se centra en el efecto social que tiene el pertenecer a una minoría. Las minorías étnicas pueden experimentar más fuentes de estrés que la mayoría de la población a consecuencia de factores de estrés específicos, como la discriminación, el acoso racista y los problemas que acarrea tener que mantener su propia cultura o cambiar de cultura.

Un campo en el que esto ha quedado patente es en las tasas relativamente elevadas de enfermedades cardiovasculares e hipertensión entre los

varones de color estadounidenses (Onwuanyi, Clarke y Vanderbush, 2003). Se ha propuesto una serie de interpretaciones para explicar este fenómeno. Una que se solía utilizar con frecuencia en la década de 1970 era que la presión arterial de los hombres de color aumentaba más cuando experimentaban situaciones de estrés y fuertes emociones como la ira en comparación con sus homólogos blancos y que experimentaban esas emociones con más frecuencia. Se pensaba que este proceso elevaba paulatinamente la presión arterial en estado de reposo hasta que el individuo afectado presentaba una condición de hipertensión a largo plazo (*véase también* el Capítulo 8). En otras palabras, este problema de salud estaba relacionado con diferencias biológicas genéticas entre las poblaciones blanca y negra. Más recientemente se han adjudicado estas diferencias a los distintos contextos sociales que pueden experimentar los individuos pertenecientes a estos dos grupos. El incremento de la presión arterial y la mayor reactividad encontrada entre los varones de color se consideran, en la actualidad, el resultado del mayor estrés al que están expuestos en comparación con sus homólogos blancos.

La evidencia que respalda esta explicación se puede encontrar en el trabajo de Harburg, Erfurt, Chape *et al.* (1973), quienes no han encontrado diferencias de presión arterial entre personas blancas y de color que viven en zonas de poco estrés. Por el contrario, las medidas más altas de la presión arterial que encontraron eran de las personas de color que vivían en áreas de baja renta y elevada criminalidad. Análogamente, James, La-Croix, Kleinbaum *et al.* (1984) encontraron que la alta presión arterial de los varones de color estaba relacionada con una baja seguridad laboral, la falta de éxito laboral y la discriminación. Un estudio experimental realizado por Clarke (2000) añadía más datos. En este estudio, Clarke encontró en una muestra de jóvenes mujeres afroamericanas que, cuanto más afirmaban que habían experimentado actos de racismo, mayor era el incremento de su presión arterial durante una tarea en la que tenían que hablar de sus opiniones y sentimientos sobre los derechos de los animales. Según este autor, esto indica que habían desarrollado una mayor reacción emocional y psicológica en relación con el estrés general debido a sus respuestas a largo plazo ante el racismo. Esto, a su vez, estaba contribuyendo al desarrollo a largo plazo de la hipertensión (Brosschot y Thayer, 1998). Otra explicación relacionada con ésta, conocida como «John Henrismo», sugiere que los varones de color con éxito han tenido que esforzarse más que sus homólogos blancos para lograr ese éxito y sus incrementos de presión arterial reflejan el estrés de ese esfuerzo (Merritt, Bennett, Williams *et al.*, 2004; *véase también* el cuadro EN EL PUNTO DE MIRA del Capítulo 8).

■ Acceso a la atención sanitaria

Una tercera explicación de la mala salud relativa entre las minorías étnicas puede encontrarse en los problemas que tienen algunos para acceder a la atención sanitaria. Además, una vez dentro del sistema hospitalario, los pacientes pertenecientes a minorías étnicas pueden tener menos posibilidades de recibir tratamientos más caros que un paciente blanco. Mitchell,

Ataques de isquemia transitoria

Breve periodo en el que hay un flujo sanguíneo reducido en el cerebro, lo que da lugar a síntomas que incluyen breves periodos de confusión, debilidad y otros síntomas neurológicos menores.

Ballard, Matchar *et al.* (2000), por ejemplo, han encontrado que, tras hacer el ajuste en función de los factores demográficos, la presencia de otras condiciones de salud y la capacidad de los pacientes para pagar, los pacientes afroamericanos con **ataques de isquemia transitoria** tenían significativamente menos probabilidades de ser sometidos a pruebas diagnósticas especializadas o de recibir tratamiento de un médico especialista que los pacientes blancos. Además, existe una evidencia consistente que afirma que en Estados Unidos las personas de color tienen menos probabilidades que los blancos de recibir cirugía curativa en las primeras etapas del cáncer de pulmón, colon o mama (por ejemplo, Brawley y Freeman, 1999) y que esta falta de cirugía da lugar a mayores tasas de mortalidad entre las personas de color que entre los blancos. Además, las personas de color con problemas renales crónicos tienen menos probabilidades de ser remitidas a un tratamiento de trasplante y tienen menos probabilidades de recibir un trasplante que los blancos (Ayanian, Cleary, Weissman *et al.*, 1999).

En el Reino Unido, muchas de las desigualdades relacionadas con la atención sanitaria parecen deberse más a disparidades económicas que étnicas. Las personas chinas consultan a su médico de cabecera menos que los blancos y que los afroasiáticos. Sin embargo, todos los demás grupos consultan más (Nazroo, 1997). Por desgracia, las comunidades pobres que corren más riesgo de tener una mala salud suelen tener un menor acceso a toda la gama de servicios de prevención, un fenómeno conocido como «ley de prevención inversa» (Acheson, 1998). Además, hay factores específicos que pueden afectar a algunos grupos étnicos. El acceso a médicos de cabecera mujeres es más bajo en las áreas con elevadas concentraciones de residentes asiáticos (Birmingham Health Authority, 1995), un factor que puede inhibir el uso que hacen las mujeres asiáticas de los servicios de atención sanitaria y, en particular, la participación en pruebas de diagnóstico del cáncer de útero (Naish, Brown y Denton, 1994). El acceso a la atención secundaria (hospital) también puede afectar a algunas personas provenientes de minorías étnicas. Puesto que las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares entre los sudasiáticos son un 40 por ciento superiores a las de la población en general, las tasas de intervenciones médicas y quirúrgicas deberían ser superiores para esta población a las tasas generales. La evidencia sugiere que ocurre lo contrario, incluso después de hacer los ajustes en relación con el nivel socioeconómico y los factores geográficos (Goddard y Smith, 1998). Sin embargo, no hay evidencia de desigualdades sistemáticas en cuanto al acceso a otros muchos tratamientos hospitalarios (Gillam, Jarman, White y Law, 1989).

Otras minorías

La pertenencia a minorías también puede dar lugar a diferencias en la conducta respecto a la norma. Tras la aparición inicial del VIH y del SIDA, tanto las tasas de infección como de fallecimientos eran mayores entre los varones homosexuales que entre el resto de la población sexualmente activa. Por ello, inicialmente se consideró que era una consecuencia del «estilo de vida gay»; en efecto, muchos medios de comunicación apodaron al

SIDA la «plaga de los homosexuales» (véase Shilts, 2000). Ahora bien, los niveles de infección por VIH entre la población heterosexual en la mayoría de los países occidentales son parecidos a los niveles de infección en la comunidad gay y el método de contagio más común es el sexo entre parejas de distinto sexo. Por tanto, ya no se puede considerar que la infección del VIH afecte a los grupos minoritarios de la sociedad. Sin embargo, el aislamiento experimentado debido a la orientación sexual podría afectar significativamente al desarrollo del SIDA tras la infección por VIH. Cole, Kemeny, Taylor *et al.* (1996), por ejemplo, han concluido que los hombres homosexuales infectados por VIH que experimentan un rechazo social por su sexualidad mostraban una significativa aceleración hacia niveles de linfocitos CD4+ críticamente bajos (véase el Capítulo 8) y del tiempo que transcurre hasta el diagnóstico del SIDA en comparación con sus homólogos que estaban más integrados en la sociedad. También concluyen que los varones homosexuales sanos que ocultaban su orientación sexual tenían una probabilidad significativamente más elevada de desarrollar cáncer o enfermedades infecciosas que los varones que podían expresar libremente su sexualidad, incluso sin que hubiera ninguna infección viral subyacente.

Sexo y salud

En Occidente, la esperanza de vida media de una mujer es significativamente mayor que la de los hombres de la misma generación. Por ejemplo, en el Reino Unido, en el año 2006 las mujeres tenían una probabilidad de vivir seis años más que los varones, muriendo a una edad media de 80 años, mientras que la edad media de los varones era de 74 (OMS, 2002: www.who.int; observe que difiere de los datos de la OMS que se han dado antes y que reflejaban el número de años de vida sana). Una gran parte de esta diferencia se debe a la aparición más temprana de enfermedades cardiovasculares entre los hombres que entre las mujeres. Casi las tres cuartas partes de las personas que fallecen de un infarto de miocardio antes de los 65 años son varones (American Heart Association, 1995). Sin embargo, las tasas de cáncer de los varones y las mujeres de la misma edad también favorecen a las mujeres (Reddy *et al.*, 1992). Reddy, Fleming y Adesso (1992) han identificado las siguientes **ratios de riesgo** de muertes prematuras de diversas enfermedades de los varones frente a las mujeres (Tabla 2.3).

Estos datos indican, por ejemplo, que los varones tienen casi dos veces más probabilidades de morir antes de los 65 años de una enfermedad del corazón que las mujeres y también tres veces más probabilidades de morir en un acto violento (parece que la expresión «intervención legal» es un eufemismo en Estados Unidos para referirse a la pena de muerte). A pesar de estas diferencias en cuanto a la mortalidad, los varones tienen unos mayores niveles de valoración personal de su estado de salud, se ponen en contacto con los servicios médicos con menos frecuencia y padecen menos enfermedades agudas que las mujeres (Reddy *et al.*, 1992). Por el contrario, las mujeres tienen mayores niveles de síntomas físicos y enfermedades de larga duración que los varones (Lahelma, Martikainen, Rahkonen *et al.*, 1999).

Riesgo relativo

Forma de comparar si la probabilidad de que se produzca determinado suceso es la misma en dos grupos distintos. Un ratio de riesgo igual a 1 implica que el suceso tiene la misma probabilidad en ambos grupos. Un ratio de riesgo mayor que 1 implica que es más probable que se produzca el suceso en el primer grupo. Un ratio de riesgo inferior a 1 implica que el suceso es menos probable en el primer grupo.

Tabla 2.3 Riesgo relativo de que los varones fallezcan prematuramente (antes de los 65 años) de diversas enfermedades, en comparación con las mujeres

Causa	Ratio varones/mujeres
Enfermedad cardiovascular	1,89
Cáncer	1,47
Infarto	1,16
Accidentes	2,04
Enfermedad pulmonar crónica	2,04
Neumonía/gripe	1,77
Diabetes	1,11
Suicidio	3,90
Enfermedad hepática	2,32
Aterosclerosis	1,28
Enfermedad renal	1,54
Homicidio/intervención legal	3,22
Septicemia	1,36

Tal vez sea necesario advertir que, aunque este patrón de mortalidad es frecuente en los países industrializados, no suele ser así en los países en vías de desarrollo. Aquí, las diferencias en la esperanza de vida entre hombres y mujeres son más pequeñas y, en algunos casos, se invierten. Las mujeres de muchos países en vías de desarrollo tienen más probabilidades de experimentar mayores tasas de enfermedad y mortalidad prematuras que los varones debido a su mayor frecuencia de embarazos y sus riesgos sanitarios asociados, así como a unos servicios sanitarios inadecuados (Doyal, 2001).

Diferencias biológicas

Tal vez la explicación más evidente de las diferencias de salud entre varones y mujeres es que existen diferencias biológicas: nacer mujer trae consigo una ventaja biológica natural en cuanto a la longevidad. Algunos han sugerido que estas diferencias pueden ser genéticas debido a las diferencias de los sistemas de los varones y las mujeres; por ejemplo, parece que las mujeres tienen una mayor resistencia a las infecciones que los varones a lo largo de su vida. Otras explicaciones biológicas hacen referencia al papel de nuestras hormonas sexuales. Unos elevados niveles de estrógenos en las mujeres parecen retrasar la aparición de enfermedades cardiovasculares al reducir la tendencia a que se formen coágulos y al mantener reducidos los niveles de colesterol en sangre. A medida que los niveles de estrógenos disminuyen durante la menopausia aumenta el riesgo de las mujeres de padecer enfermedades cardiovasculares, lo que indica una reducción del efecto protector de los estrógenos. Por el contrario, los elevados niveles de testosterona entre los varones aumentan el riesgo de coágulos en la sangre, lo que puede contribuir al desarrollo de ateromas y puede desencadenar un **infarto del miocardio** (McGill y Stern, 1979).

Infarto de miocardio

Muerte del corazón debido a una interrupción del riego sanguíneo. Se conoce más frecuentemente como ataque al corazón.

Una segunda causa biológica aparente del desarrollo de más enfermedades entre los varones es que tienen una mayor respuesta fisiológica ante

el estrés que las mujeres. Los hombres suelen mostrar mayores incrementos de hormonas relacionadas con el estrés, de presión arterial y de colesterol en respuesta a factores de estrés que las mujeres, lo cual aumenta el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (*véase* el Capítulo 8). Sin embargo, no siempre está claro que estas diferencias sean el resultado de diferencias biológicas innatas o de factores contextuales. Lundberg, de Chateau, Winberg *et al.* (1981) han concluido que las mujeres que tienen cargos que han sido ocupados tradicionalmente por varones muestran el mismo nivel de hormonas relacionadas con el estrés que los varones en cargos similares. También han concluido que las mujeres se sienten igual de amenazadas, o más, que los varones ante situaciones de estrés inducido experimentalmente, siendo su respuesta fisiológica igual que la de los hombres. Parece que no se trata tanto del sexo del individuo lo que determina su reacción fisiológica sino del tipo de estrés al que está expuesta una persona. Por tanto, cualquier diferencia de la reacción al estrés puede ser más el resultado de una exposición a largo plazo a diferentes tipos de estrés entre personas de distinto sexo que de diferencias biológicas.

Diferencias de conducta

Otra evidencia empírica de que estas diferencias de sexo en la mortalidad se deben únicamente a cuestiones biológicas proviene de los estudios que demuestran que hay claras diferencias en las conductas saludables entre varones y mujeres. En 11 de las 14 categorías de conductas de riesgo para la salud no específicas del sexo, estudiadas por Powell-Griner, Anderson y Murphy (1997), incluyendo fumar, beber, conducir en estado de embriaguez, no abrocharse el cinturón de seguridad y no hacerse chequeos médicos regulares, aparece que los hombres las ejecutan más que las mujeres. También los hombres se encuentran más frecuentemente que las mujeres con condiciones laborales adversas. Aproximadamente el 6-7 por ciento de los varones beben alcohol en exceso, en comparación con el 2 por ciento de las mujeres. Además, es más probable que las mujeres coman pan integral, frutas y verduras al menos una vez al día y que beban leche semidesnatada. Por otra parte, aunque las tasas de consumo de tabaco son superiores entre las adolescentes que entre los adolescentes, es únicamente un efecto a corto plazo y hay más varones que mujeres que fuman en la edad adulta.

Los hombres no sólo muestran conductas de mayor riesgo para la salud, sino que también tienen menos probabilidades que las mujeres de buscar ayuda médica cuando es necesario. Los hombres van al médico con menos frecuencia que las mujeres, incluso después de excluir las visitas relacionadas con los hijos y la «salud reproductiva» (Verbrugge y Steiner, 1985). Incluso cuando están enfermos, es menos probable que los varones consulten al médico que las mujeres. Las mujeres con desventajas sociales tienen dos veces más probabilidades de consultar a un médico que los varones en su misma situación cuando están enfermos. Los varones de renta alta tienen incluso menos probabilidades de consultar al médico cuando

están enfermos que las mujeres (Department of Health and Human Resources, 1998).

Las razones de estas diferencias de conducta pueden ser de origen social. Por ejemplo, Courtenay (2000) afirma que surgen de los diferentes significados que se dan a la conducta relacionada con la salud en los distintos sexos. Esto puede reflejar cuestiones relativas a la masculinidad, la feminidad y el poder. Según Courtenay, los varones muestran su masculinidad y su poder realizando conductas de riesgo para la salud y no mostrando señales de debilidad, incluso cuando están enfermos. Las normas sociales respaldan las creencias de que los hombres son independientes, autosuficientes, son fuertes y duros. Por ejemplo, Courtenay sugería que cuando un hombre afirma «hace años que no he ido al médico», está informando tanto sobre una práctica de salud como haciendo una reafirmación de su masculinidad. Se producen procesos análogos cuando los varones se niegan a tomarse una baja médica del trabajo o cuando afirman que conducen mejor cuando han consumido alcohol. Por el contrario, la enfermedad es una amenaza a la masculinidad. Por ejemplo, Jaffe (1997) destaca el consejo que se dio a un senador estadounidense para que no «declarara públicamente» que padecía un cáncer de próstata, porque algunos varones consideran que el reconocimiento público de su lucha privada es una señal de debilidad. Charmaz (1994) también ha señalado varios ejemplos de conductas bastante extremas que muestran los varones para ocultar sus discapacidades. Los ejemplos incluían a un hombre diabético en una silla de ruedas que no comía (corriendo el riesgo de entrar en un coma) antes que pasar el bochorno de tener que pedir ayuda en el comedor, y de un hombre de edad media con una enfermedad cardiovascular que rechazaba las ofertas de tareas más fáciles para demostrar que seguía siendo capaz de realizar un trabajo duro. La conducta saludable que los hombres siempre realizan más que las mujeres es el ejercicio físico por afición (Reddy, Fleming y Adesso, 1992). Resulta interesante que este comportamiento pueda ser también distintivo de masculinidad y de poder y transmite un mensaje social, además de tener repercusiones para la salud.

Las diferencias de sexo también pueden afectar a la conducta de otras personas. La evidencia de los estudios sobre las intenciones de los jóvenes sobre si van a realizar prácticas sexuales más seguras o no sugiere que las mujeres jóvenes tienen menos poder que los varones en la negociación de las prácticas sexuales y tienen menos capacidad para hacer lo que quieren y mantener prácticas sexuales más seguras que sus compañeros varones. Por ejemplo, Abbott (1988) ha concluido que el 40 por ciento de una muestra de mujeres australianas afirmaba que había mantenido, en al menos una ocasión, una relación sexual sin querer debido a la presión de su compañero sexual.

Diferencias socioeconómicas

Hay más mujeres que varones que están afectadas por factores socioeconómicos. Por ejemplo, en el Reino Unido, casi el 30 por ciento de las mujeres

son económicamente inactivas y las que trabajan lo hacen fundamentalmente en el sector de venta al por menor, trabajos personales y administrativos, en puestos con salarios reducidos. Aproximadamente las dos terceras partes de los adultos de los hogares más pobres del Reino Unido son mujeres y las mujeres constituyen hasta el 60 por ciento de los adultos en los hogares que dependen de ayudas estatales a la renta (un indicador de una renta especialmente baja)³ (véase Acheson, 1998). El aislamiento social también es más frecuente entre las mujeres que entre los varones: las mujeres tienen menos probabilidades de conducir o de disponer de un automóvil que los hombres, y las mujeres con más edad tienen más probabilidades que los hombres mayores de vivir solas o ser viudas. Estos factores también pueden afectar negativamente a la salud.

Trabajo y salud

Parte del exceso de mortalidad de las personas de los grupos socioeconómicos más bajos puede deberse a los diferentes entornos laborales en que viven las personas de los distintos grupos socioeconómicos, especialmente relacionados con los riesgos físicos derivados de determinados trabajos. Aunque la legislación sobre seguridad e higiene ha mejorado las condiciones laborales de la mayoría de los trabajadores, siguen existiendo entornos, como los de la construcción, que acarrear un significativo riesgo de accidentes o discapacidades. Los factores laborales también pueden afectar a la ejecución de conductas promotoras de salud. Ames y Janes (1987), por ejemplo, han concluido que el desinterés por el trabajo, el estrés laboral, los controles sociales inconsistentes y la evolución de una cultura de consumo de alcohol están especialmente relacionados con el fuerte consumo de alcohol entre los trabajadores de «cuello azul». Análogamente, Westman, Eden y Shirom (1985) han concluido que las largas jornadas laborales, la falta de control en el trabajo y un pobre apoyo social están relacionados, cada uno, con el elevado consumo de tabaco entre los trabajadores de «cuello azul». A pesar de estas diferencias entre grupos sociales, la mayor parte de la investigación psicológica se ha centrado en las teorías que sugieren que hay algo intrínseco a los distintos entornos laborales que afecta directamente a la salud: el estrés laboral.

³ *N. de los R.*: Según los datos ofrecidos por el Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales), en España durante el año 2006 un 63,69 por ciento (valor medio de los cuatro trimestres del año) de las mujeres de más de 16 años fueron económicamente inactivas. Las mujeres que trabajaron lo hicieron mayoritariamente como empleadas de tipo administrativo, en servicios de restauración, personales, de protección y de venta o bien como trabajadoras no cualificadas, todas ellas profesiones en las que los sueldos son inferiores a los de profesiones menos frecuentes en mujeres, como es el caso de la dirección de empresas o de profesiones asociadas a titulaciones de segundo y tercer ciclo universitario y afines.

Por otra parte, esta misma institución ofrece datos del año 2001 que señalan que el porcentaje de hogares con una renta igual o inferior a 397 € es del 8,2 por ciento cuando la persona de referencia en el hogar es una mujer y del 1,7 por ciento cuando es un hombre.

Estrés laboral

Uno de los primeros modelos y, sin duda, de los más influyentes, que ha analizado sistemáticamente los elementos del entorno laboral que contribuyen al estrés laboral y a la enfermedad fue el modelo de *demanda-control* propuesto por Karasek y Theorell (1990). Este modelo identificaba tres factores clave que contribuían al estrés laboral:

1. Las exigencias del trabajo.
2. El grado de libertad para tomar decisiones sobre la mejor manera de cumplir con estas exigencias (autonomía laboral).
3. El grado de apoyo social disponible.

Estos elementos interactúan para predecir el estrés y el riesgo de enfermedad relacionada con el estrés. El modelo de Karasek y Theorell difería notablemente de los modelos anteriores sobre el estrés laboral, que sugerían que el estrés era, sencillamente, un resultado de las exigencias que soportaba una persona, un modelo que dio lugar a la idea del clásico «ejecutivo estresado». Por el contrario, este modelo sugiere que sólo cuando se combinan unos niveles elevados de exigencias con unos reducidos niveles de autonomía y, tal vez, unos niveles reducidos de apoyo social, el individuo se sentirá estresado y correrá el riesgo de contraer una enfermedad. Esta combinación entre elevadas exigencias y reducida autonomía fue denominada elevada presión laboral por Karasek y sus colegas. Cuando un individuo experimenta elevados niveles de exigencias combinados con elevados niveles de autonomía (por ejemplo, ser capaz de elegir cómo y cuándo va a abordar un problema) y un buen apoyo social, experimentará menos estrés que cuando se encuentre en el segmento de elevada presión. Las medidas de cada dimensión en este modelo sugieren que los que se encuentran en trabajos de elevada presión suelen ser trabajadores de «cuello azul» o los que están en puestos de supervisión relativamente bajos (véase la Figura 2.3).

La mayoría de los estudios que analizan las consecuencias para la salud de distintas combinaciones de estos elementos laborales respaldan el modelo de Karasek. Kristensen (1995), por ejemplo, ha revisado 16 estudios que medían la relación entre la presión laboral y las consecuencias para la salud física y mental. En 14 estudios se concluía que había una relación significativa entre condiciones de elevada presión laboral y una mayor incidencia de, o bien enfermedades cardiovasculares, o bien una mala salud mental. Más recientemente, Nordstrom, Dwyer, Merz *et al.* (2001) midieron el grado de aterosclerosis en las arterias de 467 varones trabajadores y encontraron que los niveles de aterosclerosis eran más elevados entre los varones con una mayor presión laboral. No se encontró esa asociación entre las mujeres. Por el contrario, no hay evidencia empírica de que la presión laboral esté relacionada con el desarrollo de un cáncer (por ejemplo, Achat, Kawachi, Byrne *et al.*, 2000).

Siegrist, Peter, Junge *et al.* (1990), proponen un modelo alternativo sobre el estrés laboral. Sugieren que el estrés laboral es el resultado de un desequilibrio entre los esfuerzos y las recompensas percibidas. Se considera aceptable un elevado esfuerzo con una elevada recompensa; un esfuerzo

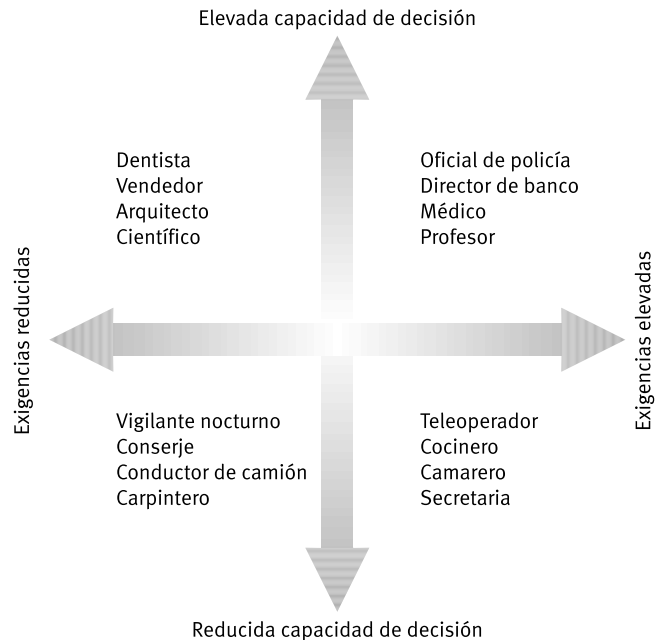


Figura 2.3 Algunas de las profesiones que entran dentro de los cuatro cuadrantes del modelo de Karasek y Theorell.

elevado con una recompensa reducida se combinan para dar lugar a ansiedad emocional y efectos adversos para la salud. Esta teoría ha recibido menos atención que la de Karasek y la mayoría de los estudios sobre este modelo (véase de Lange *et al.*, 2003) se han centrado en el impacto que tiene el desequilibrio sobre el bienestar más que sobre la salud física. No obstante, en un estudio longitudinal a cinco años que hacía un seguimiento de 10.000 funcionarios británicos (el Estudio Whitehall II, véase el cuadro anterior sobre HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN; Stanfeld *et al.*, 1998), ambas teorías recibían cierto respaldo: la falta de autonomía, un reducido nivel de apoyo social en el trabajo y un desequilibrio entre esfuerzo y recompensa pueden predecir, de forma independiente, una mala salud física.

■ Diferencias por sexo

A título de ilustración de parte del análisis anterior, existe una evidencia empírica consistente que afirma que los entornos laborales pueden tener distintos efectos sobre los varones y las mujeres. En el caso de los varones, la experiencia de estrés laboral y su efecto sobre la salud suele ser una función exclusiva del entorno laboral. En el caso de las mujeres, el estrés laboral se suele combinar con frecuencia con otras facetas de sus vidas que resultan exigentes (concretamente, con el trabajo en el hogar y las cargas familiares) y que influyen sobre los niveles de estrés y el riesgo de padecer enfermedades. Se ha utilizado la expresión «conciliación trabajo-familia» para describir esta cuestión. Las mujeres siguen tendiendo a asumir más responsabilidades en el hogar y fuera del trabajo que los hombres. Por

ello, una vez que han terminado de realizar su trabajo remunerado, es más probable que las mujeres sigan trabajando en el hogar, en comparación con los hombres, y sintiéndose presionadas. Este argumento queda ejemplificado, tal vez, por los hallazgos fisiológicos de Lundberg, de Chateau, Winberg *et al.* (1981), que han concluido que los niveles de las hormonas relacionadas con el estrés de las mujeres directivas permanecían elevados después del trabajo, mientras que los de los varones directivos solían disminuir. Este efecto resultaba especialmente notable cuando las mujeres directivas tenían hijos. Parece que, aunque los varones que estudiaron se relajaban al llegar a casa, las mujeres seguían esforzándose: sólo cambiaba el contexto.

Esta presión psicológica y fisiológica también parece influir sobre el riesgo de contraer una enfermedad. Tener un trabajo parece mejorar la salud tanto de los varones como de las mujeres, es el denominado «efecto del trabajador sano». Esto puede deberse al contexto social existente en el trabajo, así como a sentimientos de control, autoestima y seguridad económica relacionados con el hecho de trabajar. Sin embargo, parece que existe un umbral de estrés, distinto para los hombres y las mujeres, relacionado con los problemas de conciliación del trabajo y la familia, por encima del cual el trabajo puede tener un efecto negativo sobre la salud. Por ejemplo, Haynes y Feinleib (1980) han concluido que las mujeres trabajadoras con tres o más hijos tenían más probabilidades de desarrollar una enfermedad cardiovascular que las que no tenían hijos. Sumándose a lo anterior, Alfredsson, Spetz y Theorell (1985) han encontrado importantes diferencias de sexo en cuanto al efecto de las horas extra. Concluyeron, como predicaba el modelo de Karasek, que unos elevados niveles de presión laboral estaban relacionados con altas tasas de enfermedades cardiovasculares en ambos sexos. Sin embargo, las horas extra se relacionaban con un *menor* riesgo de una enfermedad cardiovascular entre los varones, mientras que se relacionaban con un *mayor* riesgo entre las mujeres. En el caso de las mujeres, trabajar 10 o más horas extra a la semana se relacionaba con un incremento del 30 por ciento del riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. Parece que los hombres pueden haber compensado su incremento de horas laborales con una reducción de las exigencias en otras facetas de su vida. Esta compensación puede no haber sido posible en el caso de las mujeres estudiadas y las horas extra simplemente aumentan las exigencias totales que recaen sobre ellas y dan lugar a mayores tasas de estrés y mala salud.

Desempleo

Parece que el no tener un empleo tiene efectos negativos tanto sobre la salud física como sobre la salud mental, al menos a corto y medio plazo (por ejemplo, Bartley, Sacker y Clarke, 2004). Muchos de los estudios que han analizado el impacto del desempleo sobre la salud a largo plazo quedan confundidos por el hecho de que algunos de los que quedan desempleados ya tenían una mala salud, lo que dio lugar a un bajo rendimiento laboral y a su situación de desempleo (el modelo de deriva o desplazamiento social:

Dooley, Fielding y Levi, 1996). Además, los que se encuentran enfermos cuando pasan a estar desempleados o se ponen enfermos a corto plazo tienen pocas probabilidades de recuperar un empleo, lo que significa que, salvo que se tengan en cuenta estos factores en cualquier análisis, la explicación de cualquier relación entre el desempleo a largo plazo y la mala salud como causa puede ser espuria. Esto ha llevado a los comentaristas precavidos, como Weber y Lehnert (1997), a afirmar que la evidencia de una relación causal directa entre el desempleo a largo plazo y la mala salud carece, de momento, de fundamento. Sus reservas quedan aún más justificadas por el descubrimiento de que los que pasan a una situación de desempleo aumentan su nivel de consumo de tabaco y alcohol. Aunque se puede decir que esto hace que el desempleo sea una causa de la mala salud dentro de una cadena de acontecimientos (desempleo-mayor consumo de tabaco y alcohol-mala salud) no se puede demostrar que el desempleo sea una causa directa de la mala salud (Stronks, VandeMheen, VandenBos *et al.*, 1997).

A pesar de esta nota de precaución, existe cierta evidencia de un incremento a corto plazo de la mala salud entre los empleados que son despedidos por una reducción de plantilla a gran escala sin que esté relacionado con su rendimiento laboral, y esto no se puede atribuir a un consumo excesivo de tabaco y alcohol. Por ejemplo, Ferrie, Martikainen, Shipley *et al.* (2001; véase el anterior cuadro sobre los HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN) han concluido que la imposibilidad de encontrar un empleo seguro o el mantenimiento de una situación de desempleo tras un despido están asociados con un incremento significativo de problemas menores psiquiátricos o de salud general, y parece que la principal causa es la inseguridad económica que acarrea la situación de desempleo, más que la pérdida del puesto de trabajo *per se*. Otros estudios (por ejemplo, Janlert, Asplund y Weinehall, 1992) muestran una relación entre el desempleo y un incremento de los niveles de colesterol o de la presión arterial sistólica/diastólica, pero la relevancia clínica de estos ligeros cambios no es importante.



Si la salud es, al menos en parte, el resultado del contexto social y del entorno en que vivimos, entonces ¿qué puede hacer la sociedad para reducir los factores perniciosos? La mayor parte de la promoción de la salud se ha centrado en cambiar la conducta del individuo, como el consumo de tabaco o la falta de ejercicio físico. Pero ¿es esto sólo la punta del iceberg? ¿Tendría la sociedad que esforzarse en cambiar las desigualdades sociales relacionadas con un bajo nivel socioeconómico? ¿O deberíamos adoptar el modelo norteamericano de «oportunidad» para tener una mayor movilidad económica hacia arriba sin tener en cuenta a los que quedan rezagados? Si la sociedad asume la responsabilidad de reducir las desigualdades sociales, ¿cómo puede conseguirlo? ¿Y qué hay de las desventajas en cuanto a salud de las personas pertenecientes a las minorías étnicas y de las mujeres trabajadoras con hijos? ¿Hasta qué punto se tiene que implicar la sociedad en la mejora de la salud de estos grupos?

Resumen

La pobreza es la principal causa de la mala salud en todo el mundo pero, salvo en las situaciones de pobreza extrema, los factores psicosociales que acompañan a la situación económica son tan importantes como ésta.

Un importante factor social que ha sido identificado como responsable de significativas variaciones de la salud entre los distintos grupos sociales es el nivel socioeconómico. Parece que esta relación es el resultado de una serie de factores, incluyendo:

- Distintas conductas, como el consumo de tabaco y la cantidad de ejercicio físico, en los diferentes grupos sociales.
- Distintos niveles de estrés relacionados con las diferencias del entorno de vida, el nivel de estrés cotidiano y la existencia o inexistencia de momentos buenos, que difieren en función de cada grupo social.
- Diferente acceso a la atención sanitaria y distinto nivel de aprovechamiento de la atención sanitaria que se ofrece.
- Un proceso de comparación social negativa que surge de las desigualdades relativas.

Un segundo factor que puede afectar a la salud es el hecho de pertenecer a una minoría social, independientemente de que se defina en función de la cultura, el color de la piel o la conducta. En cualquier caso, la experiencia de un prejuicio puede contribuir significativamente a los niveles de estrés y de enfermedad.

- Puesto que muchas personas pertenecientes a grupos étnicos minoritarios también pueden pertenecer a grupos socioeconómicos más bajos, pueden experimentar más estrés debido a esta doble desigualdad.
- Entre los individuos pertenecientes a minorías potencialmente «ocultas», las personas homosexuales o con una infección de VIH, la presión de tener que ocultar su situación puede, en sí, resultar perjudicial para su salud.

El sexo puede afectar a la salud, pero no sólo debido a las diferencias biológicas entre sexos. Los niveles de hormonas como la progesterona, por ejemplo, parecen proteger a las mujeres frente a las enfermedades cardiovasculares, una protección que desaparece a raíz de la menopausia. Sin embargo, muchas diferencias aparentemente biológicas pueden deberse a las distintas experiencias psicosociales de hombres y mujeres:

- El tipo de contexto laboral parece ser una causa más importante del proceso de estrés fisiológico que el sexo del individuo.
- Los hombres tienen conductas más comprometedoras para la salud que las mujeres.
- Los hombres están menos predispuestos a buscar ayuda tras la aparición de una enfermedad que las mujeres.
- Muchas mujeres son económicamente inactivas o tienen trabajos con un salario más bajo que los hombres. Esto las hace vulnerables a los problemas relacionados con un nivel socioeconómico bajo.

La relación entre trabajo y salud es compleja. Es mejor para la salud tener un trabajo que no tenerlo. Sin embargo, si la presión de tener un trabajo se combina con exigencias importantes fuera del trabajo, esta combinación puede afectar negativamente a la salud. Por ejemplo, muchas mujeres parecen tener graves problemas por la conciliación del trabajo en casa y fuera de casa, con sus adversos efectos sobre la salud, tanto física como mental.

- Los trabajos con un elevado nivel de exigencia y un reducido nivel de autonomía parecen ser más estresantes y estar más relacionados con una mala salud que otros tipos de trabajo.
- La incertidumbre económica relacionada con una situación de desempleo también parece tener un efecto negativo sobre la salud.

Lecturas recomendadas

Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A. *et al.* (1994). Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49: 15-24.

Carroll, D., Davey Smith, G. y Bennett, P. (1996). Social class and health: the widening gap. *Journal of Health Psychology*, 1: 23-39.

Nazroo, J. Y. (2003). The structuring of ethnic inequalities in health: economic position, racial discrimination, and racism. *American Journal of Public Health*, 93: 277-284.

Doyal, L. (2003). Sex and gender: the challenges for epidemiologists. *International Journal of Health Services*, 33: 569-579.

Orth-Gomer, K. *et al.* (eds.) (1997). *Women, Stress and Heart Disease*. Lawrence Erlbaum.

Kuper, H. y Marmot, M. (2003). Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall 11 study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 147-153.

Conducta saludable y conducta de riesgo para la salud

CAPÍTULO

3

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- Cómo definir y describir la conducta saludable.
- Qué conducta está relacionada con un mayor riesgo de contraer enfermedades.
- La diversidad y complejidad de las influencias que hacen que se emprenda y se mantenga una conducta de riesgo para la salud.
- Algunos de los retos que tiene que superar la investigación sobre la conducta saludable.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

La conducta está relacionada con la salud. Esta relación ha quedado demostrada durante décadas de meticulosa investigación que ha analizado el estilo de vida y la conducta individual tratando de identificar relaciones entre éstas y el desarrollo de enfermedades. Por ejemplo, se ha estimado que hasta las tres cuartas partes de los fallecimientos por cáncer se pueden atribuir a la conducta de una persona. Este capítulo ofrece una revisión de la evidencia sobre diversos tipos de conductas que se ha demostrado que aumentan el riesgo que corre un individuo de contraer una enfermedad, como una dieta malsana, fumar, consumir alcohol de manera excesiva o mantener relaciones sexuales sin protección. Se revisa la evidencia sobre las consecuencias negativas para la salud de cada tipo de conducta, y se analiza la prevalencia de cada conducta respecto a las recomendaciones sobre la salud. Tanto la conducta de riesgo para la salud que se describe aquí como la conducta de mejora de la salud que se describe en el Capítulo 4 proporcionan la fuerza motriz de muchas iniciativas de sanidad pública y de educación en todo el mundo.

¿Qué es la conducta de salud?

Kasl y Cobb (1966a: 246) definieron la conducta de salud como «cualquier actividad realizada por una persona mientras se encuentra sana con el fin de prevenir enfermedades o detectarlas en una etapa asintomática». Esta definición estaba influida por una perspectiva médica en tanto en cuanto supone que las personas sanas realizan determinada conducta, como hacer ejercicio físico o buscar atención médica, con la única intención de prevenir la aparición de una enfermedad. Sin embargo, es necesario demostrar cautela con esta definición tan concreta. Muchos individuos realizan conductas aparentemente relacionadas con la salud, como el ejercicio físico, por razones distintas a la prevención de enfermedades, tales como pueden ser el control del peso, su apariencia física, como medio de aumentar las relaciones sociales y por placer. No obstante, ya sea intencional o no, la realización de una conducta de salud puede prevenir enfermedades y también puede prevenir la progresión de una enfermedad una vez aparecida. Esta perspectiva fue reconocida por Harris y Guten (1979), que definieron la conducta de salud como «una conducta realizada por un individuo, independientemente de su percepción de su estado de salud, con el fin de proteger, promover o mantener su salud». Según esta definición, la conducta de salud podría incluir la conducta de personas «con mala salud». Por ejemplo, un individuo que ha padecido un ataque al corazón puede cambiar su dieta para ayudar a controlar su enfermedad, igual que una persona sana puede cambiar su dieta para reducir su riesgo futuro de un ataque al corazón. Matarazzo (1984) elaboró aún más las definiciones de la conducta de salud, distinguiendo entre lo que denominaba «**patógenos conductuales**» e «**inmunógenos conductuales**».

A pesar de estas distintas definiciones, la investigación sobre la conducta de salud ahora generalmente adopta la perspectiva de que la conducta de salud es aquello que está relacionado con la situación de salud de un individuo, independientemente de su salud actual o de sus motivaciones. Para poner a prueba estas relaciones es necesario recurrir a estudios longitudinales, destacando en este sentido el estudio del Condado de Alameda (por ejemplo, Belloc y Breslow, 1972; Breslow, 1983). Este estudio ha hecho un seguimiento, hasta la fecha, de 7.000 adultos durante más de 15 años, todos ellos con buena salud al inicio del estudio. Al comparar las diferencias de diversas medidas de línea base entre las personas que han desarrollado una enfermedad y las que siguen estando sanas, este estudio ha permitido identificar factores conductuales clave relacionados con la buena salud y la longevidad. Estos factores han sido denominados «los siete de Alameda»:

- Dormir entre siete y ocho horas al día.
- No fumar.
- Consumir no más de una a dos bebidas alcohólicas al día.

Patógeno conductual

Práctica que se considera perjudicial para la salud; por ejemplo, fumar.

Inmunógeno conductual

Práctica considerada protectora de la salud; por ejemplo, el ejercicio físico.

- Hacer ejercicio físico de forma habitual.
- No picar entre comidas.
- Desayunar.
- No tener un exceso de peso de más del 10 por ciento.

Los beneficios de realizar este tipo de conductas fueron acumulativos: cuantas más conductas realiza un individuo, más probabilidades tiene de vivir. Menos del 4 por ciento de los varones y mujeres que realizaban los siete tipos de comportamientos habían fallecido en el periodo de 15 años de seguimiento, frente al 7-13 por ciento de las mujeres y los varones que afirmaban realizar menos de cuatro de estas actividades. También hay que destacar que los beneficios de realizar estas actividades no fueron simplemente aditivos, sino multiplicativos: por ejemplo, no fumar y un consumo moderado de alcohol confería más del doble de beneficios que si sólo se tenía uno de estos dos «inmunógenos». También se concluyó que la relación entre estas conductas y los fallecimientos se incrementaba con la edad, con efectos notables entre las personas mayores de 65 años. El hecho de que el estilo de vida se mantenga en la edad madura es importante ya que sugiere que, cuanto más tiempo se conserve determinado estilo de vida, más afecta a nuestra salud; es decir, los efectos de la conducta derivados del estilo de vida no son sólo multiplicativos, sino también acumulativos.

Desde la perspectiva de la psicología de la salud, la comprensión del hecho de que la conducta es predictiva de la mortalidad sólo es parte de la historia. También necesitamos saber qué conducta se relaciona con qué enfermedades. Si queremos evitar que las personas tengan conductas de riesgo (lo que constituye el objetivo de la promoción de la buena salud; véanse los Capítulos 6 y 7), también tenemos que comprender los factores psicológicos y sociales que contribuyen a que se realice una conducta de riesgo o a que se evite una conducta preventiva. Muchos estudios clínicos y epidemiológicos han analizado la relación entre la conducta y la aparición de importantes trastornos como las enfermedades coronarias o el cáncer. En la próxima sección se analizan las relaciones que se han identificado en este sentido. Otros estudios, con más frecuencia realizados por psicólogos sociales y de la salud, han analizado cómo influyen los factores sociales e individuales sobre el inicio de una conducta de salud. En este capítulo y en el siguiente se analizan estos factores, pero se tratarán con más detalle en el Capítulo 5.

La conducta individual, independientemente de que se relacione de forma positiva o negativa con la salud, puede ser un asunto delicado, ya que hay personas que prefieren no hablar de sus prácticas y motivaciones. Este hecho puede crear muchos retos para los que están interesados en medir la conducta de riesgo o saludable con vistas a su comprensión. Aunque los problemas de medición no quedan restringidos a los estudios sobre la conducta de la salud, resultan particularmente pertinentes en este campo (véase el recuadro de CUESTIONES a continuación).

Cuestiones

El reto de medir la conducta saludable

La tradición investigadora supone que los objetos de estudio, por ejemplo, la salud, la enfermedad o, en el contexto de este capítulo, la conducta, se mantienen como entidades fijas en la mente de las personas. Sin embargo, sin un investigador que realmente esté presente y observando cómo se comporta el individuo durante largos periodos de tiempo, resulta difícil saber si la conducta que el individuo afirma realizar ante el investigador (o clínico) refleja con precisión su conducta real. La obtención de medidas válidas de la conducta resulta aún más difícil cuando se está interesado en una conducta que se considera, tal vez, «indeseable» (por ejemplo, consumo excesivo de alcohol o consumo de drogas) o cuando se trata de una conducta privada (por ejemplo, la conducta sexual). Incluso cuando se considera una conducta «positiva» como el ejercicio físico, los investigadores tienen que enfrentarse al reto de saber cómo se define mejor, ya que sólo mediante una definición adecuada es posible hacer una medición. Por ejemplo, en vez de definir el ejercicio físico en términos de una actividad organizada, se podría definir como cualquier actividad física que requiera que el individuo gaste energía, como andar o realizar tareas domésticas. La definición adoptada afectará a las preguntas que se planteen. Además, también es necesario señalar no sólo cuál es el tipo de ejercicio, sino también la frecuencia, duración e intensidad con que se realiza.

Respecto a la conducta de salud, en aquellos casos donde una observación directa o una medición objetiva (por ejemplo, una muestra de sangre o de orina) no es posible, los investigadores tienen que confiar en los *autoinformes*. Cuando los estudios están interesados en la frecuencia con que se realiza determinada conducta, es frecuente pedir a los participantes que realicen un registro diario, por ejemplo, de los cigarrillos/alcohol/alimentos consumidos o actividades realizadas. Estos estudios generalmente piden a los participantes que registren su conducta diaria durante un periodo de una semana (la obtención de registros de mayor duración supondría una gran exigencia para los participantes del estudio) o que recuerden la actividad de la semana anterior (un registro retrospectivo). Este último entraña obvias exigencias para la memoria —¿podría usted recordar ahora con precisión cuánto alcohol consumió hace siete días?—. Aunque no hay ninguna prueba de que exista una tendencia sistemática hacia la sobreestimación o subestimación (Maisto y Connors, 1992; Shakeshaft, Bowman y Sanson-Fisher, 1999), algunos estudios intentan comprobar la validez de los autoinformes sobre la conducta comparándolos con las valoraciones obtenidas por un observador o con muestras de sangre. Sin embargo, la observación no siempre resulta ética, y las pruebas biomédicas son intrusivas y caras. Otros estudios recurren a preguntar a los participantes sobre su conducta «típica o media». En estos estudios los individuos informan, por ejemplo, de la cantidad habitual de alcohol consumido (cantidad) y el número «medio o habitual» de días en que consumen alcohol (frecuencia) (por ejemplo, Norman *et al.*, 1998). Sin embargo, este tipo de medida, conocida como índice de cantidad/frecuencia, puede proporcionar una información muy genérica. Por ejemplo, Shakeshaft y sus colegas (1999) han comparado el método del registro retrospectivo de recopilar información sobre el consumo semanal de alcohol con un índice de cantidad/frecuencia, concluyendo que el método del registro retrospectivo informaba de niveles de consumo superiores a las del índice. De hecho, es posible que ninguno de ambos métodos sea totalmente preciso.

Una forma de minimizar la falta de precisión de la información que se da consiste en utilizar *técnicas de auto-observación*, como registros del consumo de tabaco o alimentos, con un periodo mucho más breve, por ejemplo, por horas. La auto-observación y el autorregistro pueden ser un método útil para establecer los patrones de conducta y las circunstancias en las que se producen (por ejemplo, McCann, Retzlaff, Dowdy *et al.*, 1990, sobre el cumplimiento de una dieta; Morrison, 1988, sobre el consumo de alcohol y drogas ilegales). Por ejemplo, los autorregistros sobre consumo de tabaco o alimentos suelen pedir al individuo que apunte, no sólo el momento en que se ha fumado cada cigarrillo o se ha consumido cada comida o aperitivo, sino también el lugar, si había más personas presentes, si se produjo algún tipo de «incitación» y las razones del consumo. Algunos estudios también solicitan al individuo que anote si en aquel momento preciso estaba experimentando emociones positivas o negativas. Una limitación potencial de los autorregistros es que pueden ser reactivos; en otras palabras, actúan como una intervención en sí misma, y los participantes pueden modificar su consumo a partir de la toma de conciencia del mismo. Es probable que una conducta considerada indeseable disminuya cuando está siendo observada, mientras que es probable que la conducta deseable aumente. Esto puede resultar útil en el contexto clínico, donde la intención de la auto-observación es el cambio de conducta, pero en un contexto de investigación puede resultar obstructivo; por ejemplo, puede impedir que el investigador obtenga una medición fiable de la línea base de la conducta con la que evaluar la eficacia de un programa de intervención. Confiar en datos de un autorregistro también puede crear problemas clínicos; por ejemplo, Warren y Hixenbaugh (1998) revisaron la evidencia empírica sobre el hecho de que los diabéticos se inventan sus niveles de glucosa en sangre y concluyeron que, en algunos estudios, había

**Sesgo de
deseabilidad social**
Tendencia a contestar a preguntas sobre uno mismo o sobre el propio comportamiento del modo en el que se cree que se obtendrá la aprobación social (o del entrevistador).

pacientes que lo hacían para presentar a su médico un perfil clínico más positivo (es decir, sesgo de auto-presentación/**sesgo de deseabilidad social**). Esta conducta podría potencialmente afectar de manera negativa a la eficacia del tratamiento o al control de las enfermedades y sus indicadores.

Las técnicas de autorregistro no son los únicos métodos de recopilación de datos con el potencial de plantear un sesgo de auto-presentación. Para algunos fines, los investigadores optan por recopilar datos mediante *entrevistas cara a cara*. Estas entrevistas pueden permitir al investigador buscar más explicaciones a la conducta de un individuo mediante preguntas abiertas como «Recuerde su primera bebida alcohólica cuando era menor de edad. ¿Qué cree usted que la motivó? ¿Cómo se sintió después?» Las entrevistas también facilitan la creación de una buena relación con los participantes, lo que puede resultar de particular importancia si el estudio requiere que los participantes asistan a entrevistas de seguimiento o realicen evaluaciones repetidas. Una buena relación puede aumentar el compromiso con el estudio y mejorar las tasas de retención. Sin embargo, a pesar de estas ventajas, el proceso de la entrevista, el contenido y el estilo también pueden afectar a las respuestas de los participantes. Por ejemplo, algunas personas pueden no informar de sus prácticas de «conductas de riesgo» (por ejemplo, consumo de drogas ilegales, prácticas sexuales sin protección) o sobre la inexistencia de conductas preventivas (por ejemplo, lavarse los dientes, hacer ejercicio físico) si creen que se les va a juzgar como individuos con una conducta «desviada», con mala salud o, sencillamente, como descuidados con su salud (por ejemplo, Davies y Baker, 1987). El control de la im-

presión que se da es común; es decir, la gente revisa y controla (construye de forma activa) lo que dice para dar determinada impresión de sí misma (o para lograr determinados efectos) ante determinadas audiencias (Allport, 1920, fue el primero que señaló este hecho en el ámbito de la psicología social). Así pues, ¿lo que se evalúa es una representación veraz de la conducta, o sencillamente el resultado de los procesos de auto-presentación? Probablemente lo mejor sea suponer que hay un poco de ambos y, cuando se revisen las estadísticas sobre la prevalencia de determinada conducta, habría que pararse a analizar los métodos utilizados para obtener los datos y preguntarse qué sesgos pueden existir.

Conducta de riesgo para la salud

El mensaje del director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su introducción al *Informe sobre la Salud Mundial* (OMS, 2002: 3) era severo pero claro. Decía:

En muchos sentidos, el mundo es en la actualidad un lugar más seguro. Más seguro ante lo que antaño eran enfermedades mortales o incurables. Más seguro en cuanto a amenazas de enfermedad por contaminación de las aguas o de los alimentos. Más seguro respecto a bienes de consumo peligrosos, accidentes en el hogar, en el trabajo o en hospitales. Pero, en muchos otros sentidos, el mundo es cada vez más peligroso. Demasiados de nosotros vivimos peligrosamente, seamos o no conscientes de ello.

Este informe de la OMS se produjo tras una masiva investigación mundial de los riesgos para la salud en los países desarrollados, en vías de desarrollo y subdesarrollados. Aunque los riesgos específicos para la salud pueden variar en las distintas partes del mundo (por ejemplo, desnutrición en muchos países africanos frente a un consumo excesivo de alimentos en la mayoría de los países occidentales), hay muchos puntos en común, como el riesgo debido al tabaco.

La OMS ofrece una lista de los «diez principales» factores de riesgo a escala global que, en conjunto, explican más de la tercera parte de todas las muertes en todo el mundo:

1. Bajo peso corporal.
2. Sexo sin protección.
3. Elevada presión sanguínea.
4. Tabaquismo.
5. Consumo de alcohol.
6. Agua insalubre, falta de higiene y de infraestructuras de alcantarillado.
7. Deficiencia de hierro.
8. Humo en interiores proveniente de combustibles sólidos.
9. Elevado colesterol.
10. Obesidad.

Por problemas de espacio, en este capítulo resulta imposible analizar estos diez factores, aunque las estadísticas de algunos elementos son espeluznantes y dan que pensar. Por ejemplo, en los países en vías de desarrollo mueren

Mortalidad

Muerte. Suele presentarse como estadísticas de mortalidad, es decir, el número de fallecimientos en determinada población y/o determinado año adjudicados a determinada condición (por ejemplo, número de fallecimientos por cáncer entre las mujeres en 2000).

ren todos los años más de tres millones de niños por falta de peso. Por el contrario, en Norteamérica y Europa mueren todos los años alrededor de medio millón de personas por enfermedades relacionadas con la obesidad. A continuación se destacan y analizan con más detalle las conductas relacionadas con elevados niveles de **mortalidad** en los países desarrollados como Estados Unidos y Europa, ya que tiende también a ser la conducta que ha atraído la mayor atención de los psicólogos de la salud hasta la fecha.

- *Enfermedades coronarias*: tabaco, dieta rica en colesterol, falta de ejercicio físico.
- *Cáncer*: tabaco, alcohol, dieta, conducta sexual.
- *Infarto cerebral*: tabaco, dieta rica en colesterol, alcohol.
- *Neumonía, gripe*: tabaco, falta de vacunación.
- *VIH/SIDA*: prácticas sexuales no seguras/sin protección.

Con la excepción del VIH/SIDA, estas enfermedades son más frecuentes en la edad adulta que entre los jóvenes. Dado el incremento mundial de la proporción de población con 60 años y más, la prevalencia de estas enfermedades en nuestras comunidades creará crecientes y significativas exigencias para los sistemas de atención sanitaria. Para ilustrar aún más esta cuestión, es necesario destacar que la proporción de los individuos con más de 65 años se ha duplicado entre 1940 y el año 2000; se estima que en todo el mundo la población con más de 60 años aumentará desde una proporción de 1 a 10 a una proporción de 1 a 5 en 2050; y es probable que los que tienen más de 80 años pasen del 11 al 19 por ciento en el mismo periodo (Secretariado de las Naciones Unidas, 2002).

Dieta inadecuada

Qué y cómo comemos, desempeña un papel importante en nuestra salud a largo plazo. Las enfermedades del corazón y algunas formas de cáncer están directamente relacionadas con la dieta. Nuestra ingesta y nuestra conducta dietética (por ejemplo, picotear, darse atracones) también pueden constituir un riesgo indirecto de enfermedad mediante su efecto sobre el peso y la obesidad, algo sobre lo que volveremos más adelante en este capítulo.

El grado de riesgo de cáncer provocado por la dieta puede resultar sorprendente. Aunque muchos fallecimientos a causa del cáncer (aproximadamente el 30 por ciento: Doll y Peto, 1981) se atribuyen al consumo de cigarrillos, tal vez un hecho menos conocido sea que el 35 por ciento de los fallecimientos por cáncer se pueden atribuir, en parte, a una dieta inadecuada. Una dieta consistente en una ingesta significativa de alimentos ricos en grasas, elevados niveles de sal y bajos niveles de fibra parece estar especialmente implicada (Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer, 1997).

Ingesta de grasas y colesterol

Se ha encontrado que una ingesta excesiva de grasas está relacionada con la dolencia y el fallecimiento por varias enfermedades graves, incluyendo enfermedades coronarias y cáncer (en particular, cáncer de mama; por ejemplo, Cohen, 1987). Los alimentos ricos en grasas, sobre todo los que son ricos en grasas saturadas (como algunos productos animales y algunos aceites vegetales), contienen sustancias conocidas como lipoproteínas de baja densidad (LDL) que entran en nuestro sistema sanguíneo. Estas lipoproteínas de baja densidad transportan moléculas de colesterol a través del flujo sanguíneo y pueden dar lugar a la formación de placas en las arterias. El colesterol que llevan las lipoproteínas de baja densidad suele llamarse «colesterol malo», mientras que el colesterol que llevan las lipoproteínas de alta densidad se denomina «colesterol bueno» ya que parece que son capaces de procesar y eliminar las lipoproteínas de baja densidad del hígado. El colesterol es un lípido (una grasa) que se encuentra en nuestras células corporales, pero estos niveles normales pueden aumentar debido a una dieta rica en grasas (y a otros factores como la edad). El colesterol normal circulante tiene un fin en sí mismo en tanto en cuanto se sintetiza para producir hormonas esteroideas y está involucrado en la producción de la bilis necesaria para la digestión, pero unos niveles elevados en el flujo sanguíneo pueden reflejar una elevada ingesta de grasas saturadas que resulta perjudicial para nuestra salud. Algunos alimentos, como las grasas poli-insaturadas, que pueden ser metabolizadas más fácilmente en el cuerpo, o los alimentos como el pescado azul, que contiene ácidos grasos Omega 3 y que se ha descubierto que aumentan los niveles de lipoproteínas de alta densidad (HLD), son beneficiosos para la salud.

La cuestión en relación con la salud es que si las moléculas de grasa, un buen almacén de energía de nuestro cuerpo, no se metabolizan durante la actividad o el ejercicio físico, sus niveles circulantes pasan a ser elevados, depositándose placas (capas de grasa) en las paredes de las arterias (**aterosclerosis**), haciendo que sean más gruesas y reduciendo el flujo sanguíneo hacia el corazón. Un trastorno que suele estar relacionado con el anterior, la **arteriosclerosis**, se produce cuando la mayor presión sanguínea hace que las paredes de las arterias pierdan elasticidad y se endurezcan, con los efectos resultantes sobre la capacidad del sistema cardiovascular para adaptarse a un flujo de sangre aumentado (como cuando se realiza ejercicio físico). Estas enfermedades arteriales se conocen, en conjunto, como enfermedad de las arterias coronarias y constituyen un importante factor de riesgo de la angina de pecho (una señal dolorosa de obstrucción arterial que restringe el flujo de oxígeno) y de enfermedades cardiovasculares. El colesterol «malo» (las lipoproteínas de baja densidad) se encuentra implicado en este proceso, aunque no está clara la auténtica intensidad de la relación entre la ingesta de alimentos grasos y los niveles de colesterol en sangre.

Por tanto, la reducción de la ingesta de grasa es un objetivo de las intervenciones sobre la salud, no sólo por sus efectos sobre el peso cor-

Aterosclerosis

Formación de una placa de grasa en las arterias.

Arteriosclerosis

Pérdida de elasticidad y endurecimiento de las arterias.

poral y la potencial obesidad (*véase* más adelante), sino también por sus vínculos con las enfermedades cardiovasculares. La evidencia de esta relación proviene de muchos estudios, incluyendo el amplio estudio prospectivo MRFIT (*Multiple Risk Factor Intervention Trial*, Ensayo de Intervención sobre Múltiples Factores de Riesgo) que hizo un seguimiento de más de 350.000 adultos durante seis años y concluyó que había una significativa relación lineal entre el nivel de colesterol inicial y los posteriores infartos cerebrales o enfermedades del corazón (Neaton, Blackburn, Jacobs *et al.*, 1992). Se ha visto que una reducción del 10 por ciento del colesterol en suero (sangre) está relacionada en el seguimiento a cinco años con una reducción del 54 por ciento de la incidencia de enfermedades coronarias a los 40 años, una reducción del 27 por ciento a los 60, y una reducción del 19 por ciento a los 80 años (Law, Wald y Thompson, 1994; Navas-Nacher, Colangelo, Beam *et al.*, 2001). Otra evidencia empírica pone de manifiesto el papel de la ingesta de grasa en la incidencia del cáncer de mama gracias a los estudios multicentro sobre la dieta y los fallecimientos a causa del cáncer. Por ejemplo, Cohen (1987) ha presentado evidencia correlacional sobre unas más elevadas tasas de mortalidad por cáncer de mama en los países en los que una elevada ingesta de grasas es común (por ejemplo, en el Reino Unido, Holanda y Estados Unidos) que en los países en los que la ingesta de grasas es menor (por ejemplo, Japón, Filipinas). Sin embargo, sigue siendo necesario obtener concluyentes datos causales.

Debido a éstos y otros datos, muchos países han elaborado documentos de política gubernamental que ofrecen directrices sobre una dieta sana y objetivos dietéticos. Por ejemplo, en el Reino Unido, el Departamento de Sanidad ha publicado el informe *The Health of the Nation* (1992), que recomendaba que, como máximo, el 35 por ciento de la energía de los alimentos debería derivarse de la ingesta de grasas, del cual, sólo un 11 por ciento como máximo debería provenir de grasas saturadas. A pesar de estas recomendaciones, la cifra media de consumo parece permanecer en torno al 40 por ciento. Merece la pena señalar que una revisión sistemática (*Cochrane Review*) de la evidencia derivada de cuatro ensayos controlados de forma aleatoria concluían que las dietas con limitación de grasas no eran más eficaces que las dietas limitadas en calorías en términos de pérdida de peso a largo plazo entre los individuos obesos o con sobrepeso (Pirozzo, Summerbell, Cameron *et al.*, 2003), lo que sugiere que el cambio de dieta no debe centrarse únicamente en la ingesta de grasas, sino en la ingesta total.

Sal

La ingesta de sal también es un objetivo de las medidas de prevención de la salud, ya que se ha relacionado la ingesta elevada de sal (cloruro sódico) con la presión sanguínea persistentemente elevada, es decir, con la hipertensión. Los efectos perniciosos de una elevada ingesta de sal parecen persistir incluso cuando se tienen en cuenta los niveles de ejercicio físico, obesidad y otras conductas de salud (Law, Frost y Walde, 1991).

Presión sanguínea sistólica

La máxima presión de sangre en las paredes de las arterias, que se produce al final de la salida/contracción del ventrículo izquierdo (medida en relación con la **presión sanguínea diastólica**).

Presión sanguínea diastólica

La presión mínima de sangre en las paredes de las arterias entre los latidos del corazón (medida en relación con la **presión sanguínea sistólica**).

Un reciente meta-análisis de los ensayos de intervención valoraba el efecto de reducir la ingesta de sal en los adultos que eran, o bien normotensos (de presión sanguínea «normal»), hipertensos que no estaban siendo tratados o hipertensos tratados farmacológicamente (Hooper, Bartlett, Davey-Smith *et al.*, 2002). En general, los resultados de estas pruebas no eran concluyentes en tanto en cuanto la reducción de la ingesta de sal daba lugar a una menor **presión sanguínea diastólica y sistólica**; sin embargo, el grado en que la presión sanguínea disminuía no estaba relacionado con la magnitud de la reducción de la ingesta de sal. Además, las pruebas no tuvieron ningún efecto sobre el número de fallecimientos relacionados con las enfermedades del corazón en el seguimiento realizado desde los siete meses hasta los siete años, encontrándose que los fallecimientos seguían la misma distribución entre los grupos de control y los grupos de intervención. Por tanto, los autores concluyeron que las intervenciones centradas en la ingesta de sal sólo proporcionaban unos beneficios limitados en términos de salud.

A pesar de estas conclusiones contrapuestas, existen líneas directrices sobre la cantidad de sal que se debe consumir. Se considera que una ingesta de sal elevada es toda aquella superior a 6 gramos diarios para los adultos y más de 5 gramos diarios para los niños con edades comprendidas entre 7 y 14 años (British Medical Association, BMA, 2003a). Puesto que resulta difícil determinar cuáles son los beneficios para la salud que provienen exclusivamente de una dieta con poca sal cuando se analiza a individuos que están cambiando su dieta general, las líneas directrices de la BMA sensibilizan sobre la necesidad de hacer un seguimiento de la ingesta de sal desde la primera infancia en adelante.

Obesidad

En este capítulo abordaremos el problema de la obesidad a pesar de que no se trate de una conducta, debido a la creciente preocupación nacional e internacional sobre su creciente prevalencia y porque se debe a una combinación de mala dieta y falta de ejercicio, tipos de conducta ambos que los psicólogos de la salud buscan comprender.

¿Cómo se define la obesidad?

¿Cuándo se considera que una persona es clínicamente obesa? La obesidad se mide generalmente en función del índice de masa corporal (IMC) del individuo, que se calcula como el peso de un individuo en kilogramos dividido por su altura en metros elevada al cuadrado ($\text{peso}/\text{altura}^2$). Se considera que un individuo es

- «normal» si su IMC está entre 20 y 24,9;
- obeso medio (grado 1) si su IMC esta entre 25 y 29,9 (aunque estos individuos suelen ser denominados sencillamente como individuos con exceso de peso);

- moderadamente obeso o clínicamente obeso (grado 2) si su IMC se encuentra entre 30 y 39,9;
- con obesidad mórbida (grado 3) si su IMC es de 40 o más.

Consecuencias negativas para la salud de la obesidad

Al principio de este capítulo señalábamos que, aunque el bajo peso corporal es la primera causa global de mortalidad, un creciente número de personas, fundamentalmente en los países occidentales o desarrollados, corre el riesgo de padecer el problema opuesto: la obesidad. Se ha identificado la obesidad como el principal factor de riesgo de una gama de enfermedades físicas, incluyendo la hipertensión, las enfermedades del corazón, la diabetes de tipo II, la osteoartritis y el dolor de espalda, y también se relaciona con una mala salud psicológica, como baja autoestima y aislamiento social (British Medical Association, 2003a). El riesgo relativo de enfermedad parece aumentar proporcionalmente al porcentaje de exceso de peso, aunque la evidencia empírica sobre esta relación lineal no es concluyente.

En términos de mortalidad, el estudio longitudinal Framingham sobre el corazón muestra que la relación entre obesidad y mortalidad sólo se observa a largo plazo (sobre dos a tres décadas) aumentando el riesgo de muerte en un periodo de 26 años en un 1 por ciento por libra de peso adicional¹ para los individuos entre los 50 y los 62 años. La curva con forma de J que se muestra en la Figura 3.1 también nos recuerda el riesgo de tener falta de peso, siendo la mortalidad inferior entre los que se encuentran en el intervalo de peso ideal (con un índice de masa corporal de entre 20 y 24,9).

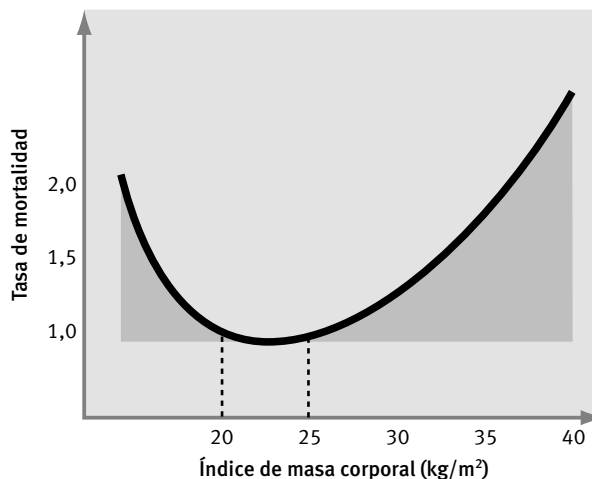


Figura 3.1 La relación entre índice de masa corporal y mortalidad en un estudio longitudinal de 23 años (estudio Framingham sobre el corazón).

Fuente: Wilson, P. *et al.* (2002).

¹ N. del T.: una libra de peso son 454 gramos.

Prevalencia de la obesidad

La Comisión Europea (1999) estima que el 31 por ciento de la población adulta de la UE tiene exceso de peso, con un 10 por ciento adicional con pesos que se definen como clínicamente obesos. De forma alarmante, se ha identificado recientemente que el exceso de peso corporal es el desorden infantil más frecuente en Europa (Equipo de Trabajo Internacional sobre la Obesidad y Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad, 2002). Una encuesta de 1997 realizada a los jóvenes (16 a 24 años) combinaba entrevistas sobre la conducta de salud con una serie de indicadores físicos, incluyendo pruebas sobre función pulmonar y muestras de sangre. El 6 por ciento de los jóvenes varones y el 8 por ciento de las jóvenes fueron clasificados como clínicamente obesos; otro 23 y 19 por ciento, respectivamente, tenían exceso de peso, y el 17 por ciento de ambos sexos presentaban bajo peso corporal (Department of Health, 1998a). A diferencia de las conclusiones de los estudios realizados entre adultos de mediana o avanzada edad (por ejemplo, White, Nicolaas, Foster *et al.*, 1993), la clase social estaba relacionada con el incremento de la obesidad entre las chicas jóvenes, aunque no entre los varones. Los niños obesos tienden a convertirse en adultos obesos. La obesidad también aumenta el riesgo en la infancia de enfermedades metabólicas y mala salud psicológica, ejemplificada por una baja autoestima que suele empeorar por sentimientos de ser estigmatizados socialmente (por ejemplo, Strauss, 2000; Stunkard y Wadden, 1993).

Causas de la obesidad

Una sencilla explicación de la obesidad es que se trata de una condición que resulta de una ingesta de energía que excede en términos gruesos al gasto (Pinel, 2003). Sin embargo, también hay evidencia procedente de estudios de gemelos y de estudios de niños adoptados (por ejemplo, Meyer y Stunkard, 1993; Price y Gottesman, 1991) de que existe un componente genético en la obesidad. Las explicaciones genéticas suelen ser de uno de estos tres tipos:

1. Sugerencias de que los individuos obesos han nacido con un mayor número de células grasas. La evidencia es limitada. Por ejemplo, el número de células grasas en una persona de peso medio y en muchos individuos con una obesidad moderada suele ser de 25 a 35 millones y, sin embargo, el número de células aumenta drásticamente en una persona con obesidad morbosa, lo que implica la creación de nuevas células de grasa.
2. Sugerencias de que las personas obesas heredan unos ritmos metabólicos más lentos. Sin embargo, no se ha concluido de forma consistente que las personas obesas tengan un menor ritmo metabólico que una persona delgada.
3. Explicaciones que surgen de los estudios que han intentado identificar una hormona responsable del control o falta de control del apetito.

Esta última explicación ha recibido una creciente atención desde la década de 1950, cuando un laboratorio científico que tenía una colonia de ratones identificó una mutación genética en algunos de los ratones que habían desarrollado una gran obesidad (Coleman, 1979). La posterior clonación de este gen mutado descubrió que sólo aparecía en células grasas y que codificaba una proteína llamada leptina (Zhang, Proenca, Maffie *et al.*, 1994). Los niveles de leptina están positivamente correlacionados con los depósitos de grasa en humanos, de tal forma que se ha descubierto que bajos niveles de leptina inyectada reducen la conducta de ingesta y, de esta manera, la grasa corporal en los ratones obesos. Este fenómeno parece que se produce debido a receptores diana de leptina en el hipotálamo, que controla funciones como la ingesta de comida (*véase* el Capítulo 8). Sin embargo, Pinel (2003) observa que la investigación no ha encontrado una mutación genética similar en todos los humanos obesos, y que la leptina inyectada no ha reducido consistentemente la grasa corporal en éstos. Por contra, para el reducido número de individuos que se ha encontrado que tienen la mutación genética, puede que la terapia con leptina tenga cierto potencial (por ejemplo, Farooqui, Jebb, Langmack *et al.*, 1999). Otra línea de investigación ha identificado que la serotonina, un neurotransmisor (*véase* el Capítulo 8) está implicada directamente en la sensación de saciación (la condición donde ya no se siente hambre). Las conclusiones de los primeros experimentos con animales que investigaban los efectos sobre el hambre de administrar un **agonista** de serotonina han sido confirmados con humanos, ya que la introducción de agonistas de serotonina en el cuerpo indujo la saciedad, redujo la frecuencia y cantidad de la ingesta de alimentos y el peso corporal (Halford y Blundell, 2000). Esta línea de investigación se muestra prometedora para las intervenciones futuras.

Agonista

Sustancia que estimula los efectos de los neurotransmisores, como fluoxetina, agonista de la serotonina, que induce la saciedad (reduce el hambre).

Sin embargo, el reciente crecimiento de la obesidad en los países occidentales desarrollados se puede atribuir más a factores del entorno como el estilo de vida y los patrones de conducta que a un incremento de la predisposición genética hacia la obesidad. Hay una creciente tendencia de individuos de todas las edades a estar siempre en casa, entreteniéndose, por ejemplo, con los medios de comunicación y la tecnología informática (Allied Dunbar National Fitness Survey, 1992). Actividades sedentarias como ver la televisión, pueden, de hecho, reducir el ritmo metabólico de un individuo, de forma que su cuerpo queme calorías más despacio. La falta de actividad física, en combinación con un exceso de comidas, o comer el tipo de alimentos inadecuados (en especial alimentos grasos) son potentes predictores de la obesidad, aunque no está claro el principal factor causal. Nuestra ingesta de energía no ha aumentado tanto como ha disminuido nuestro gasto de energía (Prentice y Jebb, 1995) pero, puesto que los epidemiólogos predicen que la obesidad en el Reino Unido se ha multiplicado por tres entre 1980 y 2005 (Department of Health, 1995)², las interven-

² *N. de los R.*: El porcentaje de población española obesa de 18 y más años casi se duplicó desde 1987 (7,4%) hasta el año 2003 (13%), observándose dicho incremento tanto en hombres como en mujeres (INE, 2005). [Para una revisión de los últimos datos estadísticos sobre la salud de los españoles: www.ine.es/revistas/cifraine/0205.pdf].

Por lo que se refiere a la obesidad infantil y juvenil en España, en el 2001 se encontró un 26,3 por ciento de población entre 2-24 años con sobrepeso y obesidad, creciendo esta última

ciones eficaces reciben una gran prioridad en la agenda política del Reino Unido y de otros países de Europa, así como en Estados Unidos (*véanse* los Capítulos 6 y 7). Estas intervenciones están diseñadas para hacer que nuestro actual entorno y conducta «obesogénicos» (BMA, 2003a) sean más sanos, promoviendo una dieta equilibrada y, tal vez aún más, el ejercicio físico (*véase* el Capítulo 4).

■ Una última reflexión sobre la obesidad

Hay que tener en cuenta la nota de advertencia del informe de la BMA (2003a) mencionado anteriormente: como individuos, y como sociedad, debemos tener cuidado de no centrarnos en exceso en el peso de cada niño: aunque la obesidad está en aumento, también lo está la conducta dietética extrema y los desórdenes alimenticios. Varios estudios recientes indican que existe una creciente insatisfacción corporal entre los niños y los adolescentes, sobre todo entre las chicas (por ejemplo, Ricciardelli y McCabe, 2001; Schur, Sanders y Steiner, 2000). La insatisfacción corporal, si se lleva a extremos en cuanto a restricciones dietéticas, puede tener potencialmente un efecto adverso físico y psicológico en términos de problemas de alimentación (por ejemplo, Patton, Johnson-Sabine, Word *et al.*, 1990).

Consumo de alcohol

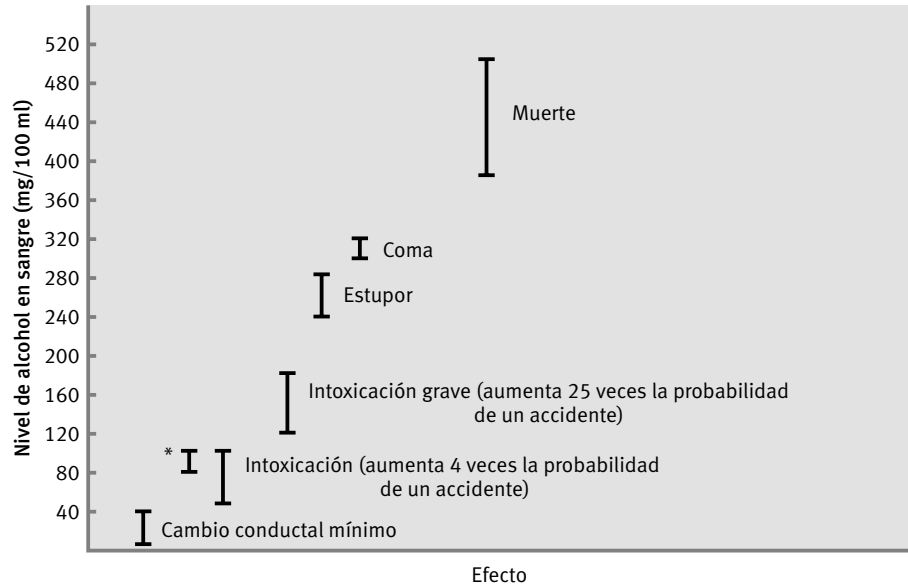
Muchas personas consumen alcohol (etanol); esto forma parte de muchas culturas y de muchos acontecimientos de la vida, como bodas, cumpleaños e, incluso, funerales. Tiene un uso social generalizado, aunque sólo un reducido número de personas se convierten en dependientes del mismo hasta el extremo de que el alcohol perjudique la salud o produzca consecuencias sociales indeseadas.

Efectos negativos para la salud del consumo excesivo de alcohol

El alcohol es «la segunda sustancia psicoactiva más utilizada en el mundo (después de la cafeína)» (Julien, 1996: 101) y, aunque se considera comúnmente que es un estimulante es, de hecho, un depresor del sistema nervioso central. Unas dosis reducidas provocan una desinhibición conductual, mientras que un elevado grado de intoxicación provoca un incremento de hasta 25 veces de la probabilidad de padecer un accidente, y las dosis extremadamente elevadas afectan gravemente a la respiración, lo que puede provocar un coma e incluso la muerte (*véase* la Figura 3.2).

No es sólo la dependencia del alcohol la que provoca problemas de salud; también pueden provocarlos los episodios agudos y prolongados de consumo excesivo. El consumo excesivo de alcohol está relacionado con

desde un 5 por ciento en 1984 hasta el 13,9 por ciento encontrado en el año 2001 [Serra, L. y Aranceta, J. (2004). *Nutrición infantil y juvenil*. Barcelona: Masson, D. L.].



* El nivel de intoxicación legal varía por región, de ahí el intervalo de valores mostrado.

Figura 3.2 Las consecuencias concretas correlacionadas con distintos niveles de alcohol en la sangre de una persona.

Fuente: Adaptado de Julien (1996: 109).

los accidentes (al conducir o manejar una máquina, por ejemplo); con problemas de conducta (agresión, suicidio, falta de armonía conyugal, etc.) y con enfermedades como cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer, hipertensión, enfermedades del corazón e infarto cerebral (por ejemplo, Doll y Peto, 1981; Hart, Davey-Smith, Hole *et al.*, 1999). Por ejemplo, Hart *et al.* (1999) han realizado un estudio longitudinal a 21 años de 5.766 varones escoceses y encontraron que los que consumían más de 35 unidades de alcohol a la semana tenían el doble de riesgo de fallecer de un infarto cerebral que los hombres que bebían poco o moderadamente. La Tabla 3.1 ofrece datos de la Organización Mundial de la Salud relacionados con la mortalidad por cirrosis hepática vinculada al consumo de alcohol en Europa (los países ofrecieron datos de cualquier año entre 1987 y 1993) donde se puede ver que la incidencia por 100.000 habitantes oscilaba entre un sustancial 54,8 en Hungría a una incidencia mucho menor de 2,9 en Irlanda (¡contradiendo muchos mitos sobre los bebedores irlandeses!)

Lo que también merece la pena destacar de los datos presentados en la Tabla 3.1 son las diferencias de la proporción varones/mujeres en los distintos países, destacando que en el Reino Unido e Irlanda tienen casi las mismas tasas de cirrosis los hombres y las mujeres. La cultura y la política social son extremadamente importantes para predecir la conducta de consumo de alcohol. Analice, por ejemplo, el caso de Finlandia, donde la anterior legislación estricta sobre la venta y consumo de alcohol fue liberalizada a mediados de la década de 1970 y donde las muertes por cirrosis mostraron incrementos en las cifras publicadas en las décadas de 1980 y 1990.

Tabla 3.1 Muertes en Europa por cirrosis del hígado por 100.000 habitantes, clasificados de mayor a menor con estandarización de la edad

País	Total	Mortalidad estandarizada		
		Varones	Mujeres	Proporción V/M
Hungría	54,8	79,7	32,6	2,4
Rumania	38,1	47,5	28,8	1,6
Alemania, antigua República Democrática	33,7	47,9	19,4	2,5
Austria	28,2	41,2	16,4	2,5
Portugal	26,9	39,3	15,1	2,5
Italia	26,8	31,7	18,0	1,8
Checoslovaquia	25,1	38,1	13,4	2,8
Alemania, República Federal	22,2	30,4	14,6	2,1
España	21,0	30,0	12,9	2,3
Luxemburgo	18,7	21,9	15,4	1,4
Antigua Yugoslavia	18,4	27,7	10,2	2,7
Francia	17,0	23,3	10,6	2,2
Bulgaria	15,0	22,0	7,8	2,8
Polonia	13,9	19,1	9,2	2,1
Bélgica	11,9	14,4	9,5	1,5
Finlandia	10,7	15,3	4,2	3,6
Suiza	9,5	12,9	6,1	2,1
Malta	9,0	14,0	3,9	3,6
Grecia	8,9	12,1	5,8	2,1
Israel	8,7	10,3	7,0	2,5
Suecia	6,8	8,8	4,7	1,9
Reino Unido	6,1	6,9	5,3	1,3
Holanda	5,1	6,3	3,9	1,6
Noruega	4,4	5,4	3,3	1,6
Irlanda	2,9	3,1	2,7	1,1

Fuente: Adaptado de Edwards, G. et al. (1994).

Niveles recomendados de consumo de alcohol

Los distintos individuos responden de diferente manera a la misma cantidad de consumo de alcohol, dependiendo de factores como el peso corporal, la ingesta de alimentos y el metabolismo, el contexto social en el que se bebe, así como las expectativas y cogniciones del individuo. Por tanto, resulta difícil definir niveles de consumo de alcohol «seguros». Aunque las líneas directrices recomendadas sobre los niveles de consumo de alcohol «seguros» varían en función de cada país, la recomendación del gobierno británico que limita el consumo semanal ha aumentado recientemente de 21 unidades de alcohol hasta 28 unidades para los varones, y de 14 a 21 unidades de alcohol para las mujeres (siendo una unidad el equivalente a media pinta (24,4 cl) de una cerveza rubia de gradación normal, o una medida estándar de licor (2,3 ml), o vino de una gradación normal (11 a 12% de alcohol). El menor nivel de estas directrices existía desde 1986 y, aunque el movimiento hacia un incremento hasta 28 y 21 unidades para varones y mujeres, respectivamente, se produjo en 1995 (Royal College of Physicians, 1995), muchos consultores de la salud siguen utilizando los límites de 21 y 14 unidades.

Sin embargo, existe cierta confusión a escala internacional sobre lo que se considera una medida «estándar». ¿Hace referencia al «grado» de alcohol o al «volumen»? Por ejemplo, en Japón las líneas directrices del gobierno definen una medida estándar como 19,75 gramos de alcohol mientras que en el Reino Unido una medida estándar tendría ocho gramos. Entremedias hay muchas variaciones, como se puede observar en la Tabla 3.2.

Tabla 3.2 Definiciones internacionales de qué constituye una bebida «estándar» (alcohol en gramos)

Austria	6
Irlanda y Reino Unido	8
Islandia	9,5
Holanda	9,9
Italia, Australia, España	10
Finlandia	11
Dinamarca, Francia	12
Canadá	13,5
Portugal, Estados Unidos	14
Hungría	17
Japón	19,75

Fuente: International Center for Alcohol Policies (1998).

Prevalencia del consumo de alcohol entre los jóvenes

En la encuesta *The Health of Young People, 1995-1997* (Department of Health, 1998a), se concluyó que el consumo de alcohol por encima de las directrices recomendadas de 21 unidades para los varones y 14 unidades para las mujeres había permanecido relativamente estable entre los 16 y 24 años en los periodos comprendidos entre 1993-1994 y 1995-1997. Sin embargo, una encuesta realizada entre los ingleses de 11 a 15 años (Encuesta del DoH, 2000, National Centre for Social Research) mostraba un incremento significativo de la cantidad de alcohol consumido en este grupo de edad, pasando de 5,3 unidades en 1990 a 10,4 unidades en 2000. Los autores sugieren que el crecimiento del marketing y la venta de alcopops (bebidas alcohólicas con edulcorantes y ensalzadores del sabor, comercializados con una apariencia moderna) desempeñó un papel en el incremento del patrón de consumo de estos jóvenes. El 24 por ciento de esta muestra total de más de 7.000 niños había consumido una bebida alcohólica durante la semana anterior: el 5 por ciento de los que tenían 11 años y el 48 por ciento de los que tenían 15 años. Los niños de Gales (donde viven ambos autores) se encuentran en la primera posición de la liga europea de los niños que beben semanalmente y se emborrachan (Paton, 1999).

En otras partes de Europa también preocupa el consumo de alcohol entre los adolescentes. En Suecia, un país con un históricamente elevado control gubernamental de la producción y venta de alcohol, se realizan campañas activas para evitar el consumo de alcohol entre los adolescentes. Sin embargo, una sorprendente encuesta realizada a 13.000 adolescentes de 16 años encontró que aproximadamente el 80 por ciento había consumido

alcohol, de los cuales el 25 por ciento había consumido alcohol ilegal, de contrabando, y el 40 por ciento había bebido alcohol de destilación casera. Aunque los niveles de consumo no están claros, es evidente que el alcohol no está fuera del alcance de estos adolescentes (Roomelsjö y Branting, 2000)³.

¿Existen efectos positivos del consumo de alcohol?

Se acepta de forma general que existe una relación lineal directa entre la cantidad de alcohol consumido a lo largo del tiempo y la acumulación de enfermedades relacionadas con el alcohol. Sin embargo, existen unos pocos interrogantes sobre el nivel de consumo que resulta perjudicial. Por ejemplo, se ha sugerido que un consumo de alcohol moderado puede proteger la salud, con evidencia empírica de una relación en forma de J entre el consumo de alcohol y el riesgo de enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, Doll, Peto, Hall *et al.*, 1994). Los bebedores moderados parecen correr menos riesgo de padecer enfermedades del corazón que los que consumen mucho alcohol, beben poco o, incluso, los que no beben. Esta sorprendente conclusión se deriva tanto de estudios transversales como prospectivos. La opinión de consenso es que una ingesta moderada de alcohol reduce la circulación de lipoproteínas de baja densidad (LDL) (un elevado nivel de esta lipoproteína es un conocido factor de riesgo de padecer a enfermedades cardiovasculares) (por ejemplo, Jackson, Scragg y Beaglehole, 1991; Shaper, Wannamethee y Walter, 1994; véase el recuadro EN EL PUNTO DE MIRA a continuación). Sin embargo, hay problemas para extraer conclusiones definitivas de estos resultados y para determinar, a partir de los estudios sobre los no bebedores donde se ha encontrado un riesgo de enfermedades cardiovasculares superior a la media, que el hecho de no beber confiera un mayor riesgo. Es posible que los que no beben hayan decidido no consumir alcohol porque ya tienen una mala salud, o porque forman parte determinada religión o grupo étnico que prohíbe dicho consumo: estos factores pueden ocultar alguna «causa» distinta de las enfermedades cardiovasculares. Resulta más seguro concluir únicamente que el consumo excesivo de alcohol tiene efectos negativos sobre la salud, que aumentan linealmente con el consumo; que los niveles de consumo moderado de alcohol pueden no aumentar el riesgo y pueden, de hecho, proteger contra las enfermedades cardiovasculares (aunque los efectos protectores se pierden en las personas que fuman); y que hay que seguir estudiando los efectos de no beber nada.

³ *N. de los R.*: En España, los datos procedentes de la encuesta estatal sobre el uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias llevada a cabo desde la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas señalan que la edad media de inicio del consumo de bebidas alcohólicas entre los jóvenes de 14 a 18 años era de 13,7 años en el 2004. En cuanto al consumo habitual, un 47 por ciento de los encuestados afirmó haber consumido alcohol más de 8 días en los 30 previos a la realización del estudio. Además, un 58 por ciento confesó haberse emborrachado alguna vez en su vida, mientras que un 34 por ciento informó de haberlo hecho en los 30 días previos a su participación en la encuesta. [Para una revisión de los estudios estadísticos actuales realizados desde el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre el uso de drogas en jóvenes: www.pnsd.msc.es].



En el punto de mira

¿Es bueno para la salud el consumo de vino tinto?

Hace cierto tiempo que se sabe que el consumo de frutas y verduras está relacionado con una menor tasa de algunos cánceres, en concreto, del cáncer de tracto gastrointestinal (por ejemplo, Potter, Slattery, Bostick y Gapstur, 1993). Esto ha sido atribuido a la existencia de un compuesto conocido como «polifenol». El vino tinto contiene muchos compuestos polifenólicos distintos y se ha relacionado su consumo con menos fallecimientos cardiovasculares (por ejemplo, German y Walzem, 2000; Wollin y Jones, 2001). Los primeros estudios identificaron una asociación entre la ingesta de alcohol y las lipoproteínas de alta densidad (HDL) (véase la sección anterior sobre una dieta malsana) que eran consideradas como protectoras contra las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, Linn, Carroll, Johnson *et al.*, 1993). Más recientemente se ha propuesto que los polifenoles del vino tinto también pueden ser beneficiosos para prevenir el cáncer. Se cree que los polifenoles inhiben el inicio de la carcinogénesis gracias a sus propiedades antioxidantes o antiinflamatorias. Además, los polifenoles pueden actuar como agentes supresores inhibiendo el crecimiento de las células mutadas o induciendo la apoptosis, es decir, la muerte de las células. Los recientes estudios de laboratorio y con animales (por ejemplo, Briviba, Pan y Rechkemmer, 2002) han demostrado que los polifenoles aislados del vino tinto sí que inhiben el crecimiento de distintas células de carcinoma en el colon, pero no de las células del cáncer de mama.

Las autoridades médicas y los responsables de la sanidad pública se muestran renuentes a anunciar los «beneficios» para la salud de conductas que se suelen describir como perjudiciales para la salud, por lo que es necesario verificar y volver a verificar los resultados de este tipo. Incluso los autores de uno de los estudios de investigación que encontraban que existía un efecto positivo del alcohol sobre los niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL) minimizaban las repercusiones de sus conclusiones (Linn, Carroll, Johnson *et al.*, 1993: 811). Es improbable que muchos individuos que acuden a su médico de cabecera con problemas de salud y un historial familiar de enfermedades del corazón reciban la recomendación de aumentar su reducido consumo de alcohol a un consumo moderado y, por el contrario, se les aconsejará que sigan una dieta baja en grasas, ¡aunque la protección ofrecida es similar!

Cuando las conclusiones más recientes relativas al cáncer recibieron la atención de los medios, dieron lugar al tipo de titulares que le harían pensar ¡que se había encontrado una cura para el cáncer! Sin embargo, es necesario hacer más investigaciones con sujetos humanos, con mayores controles sobre otros factores que puedan contribuir. Harán falta algunos años antes de que se disponga de evidencia más clara sobre los efectos que tiene el consumo de vino tinto sobre las personas que ya tienen un cáncer. Sin embargo, respecto a las enfermedades coronarias, la evidencia empírica tiene más años y parece que un consumo moderado de alcohol, no sólo de vino tinto, tiene efectos protectores de la salud (por ejemplo, Nestle, 1997).

Cosas sobre las que puede reflexionar e investigar por su cuenta

- ¿En qué y cómo difiere el vino tinto del blanco en cuanto a sus efectos potenciales sobre la salud?
- ¿Cómo podrían algunos interpretar este tipo de conclusiones: qué creencias se podrían reforzar?

¿Por qué algunas personas desarrollan problemas con el alcohol?

Las razones por las que los jóvenes empiezan a beber alcohol son, como con la mayoría de las conductas sociales, múltiples y variadas, desempeñando la genética y el entorno papeles importantes. Hay dos razones que se citan frecuentemente en el inicio del consumo de alcohol, que son la curiosidad y la sociabilidad (por ejemplo, Morrison y Plant, 1991), pero la curiosidad, a diferencia de la sociabilidad, no será probablemente la razón que se dé para seguir consumiéndolo. Para la mayoría de la gente, beber no es un problema. Gran parte del esfuerzo de investigación ha estado dirigido a intentar diferenciar a los individuos que mantienen un nivel de consumo seguro de los que terminan teniendo un problema con el alcohol. Las principales cuestiones a tener en cuenta son:

- La genética y un historial familiar de abuso del alcohol: los hijos de padres que presentan problemas con el alcohol tienen más probabilidades de tener un problema con el alcohol que los hijos de padres sin problemas de bebida (por ejemplo, Heather y Robertson, 1997). La evidencia no es concluyente ya que las tendencias a beber de padres e hijos también podrían tener una motivación social (véase más adelante), aunque los estudios con niños adoptados respaldan en cierta medida la evidencia de la herencia.
- La preexistencia de determinadas patologías: trastornos del estado de ánimo, **predisposición** a la ansiedad, personalidad tendente a la búsqueda de sensaciones (por ejemplo, Clark y Sayette, 1993; Khantzian, 2003; Zuckerman, 1979, 1984), aunque la evidencia del papel de la personalidad en el consumo de alcohol o, incluso, en el consumo de otras sustancias, sigue siendo controvertida (Morrison, 2003).
- La experiencia de aprendizaje social: la teoría del aprendizaje social considera que el abuso o la dependencia del alcohol se adquiere de manera social y es una conducta aprendida que ha recibido reforzamiento (interno o externo, recompensas físicas, sociales o emocionales). La adicción puede ser el resultado de una búsqueda repetida de los efectos placenteros de la propia sustancia (por ejemplo, Wise, 1998).

Entre las personas más mayores, la evidencia indica un menor consumo de alcohol y, en las muestras de ancianos, se ha visto que el consumo problemático de alcohol está relacionado con la salud física, el acceso a oportunidades sociales y el estatus económico, siendo los mayores de rentas elevadas los que mayores tasas de problemas de alcohol presentan (Livingston y Hinchliffe, 1993). Sin embargo, en el caso de algunos individuos, se puede atribuir un incremento del consumo de alcohol en parte a la soledad, el desamparo o a una sintomatología física (por ejemplo, Atkinson, 1994).

■ Dependencia del alcohol

Los problemas de dependencia del alcohol y su consideración por la sociedad han cambiado a lo largo del tiempo, pasando de una conducta inmo-

Factores predisponentes

Factores que aumentan la probabilidad de que una persona realice determinada conducta, como las influencias genéticas sobre el consumo de alcohol.

ral de individuos débiles incapaces de ejercer control personal sobre su consumo en los siglos XVII y XVIII, a ser una conducta de víctimas pasivas de una nociva y potente sustancia en el siglo XIX. La anterior perspectiva «moral» consideraba que los individuos eran responsables de su conducta y, por tanto, el tratamiento pertinente era el castigo. El último punto de vista consideraba que el individuo tiene menos control sobre su conducta y, por tanto, se consideró que la prohibición de la venta de alcohol en Estados Unidos era la respuesta adecuada por parte de la sociedad ofreciéndose tratamiento a los que «sucumbían». El tratamiento médico de los individuos con problemas de alcohol refleja el inicio del concepto de adicción como enfermedad. A principios del siglo XX se desarrolló el modelo de alcoholismo que volvía a poner la responsabilidad en el individuo. En 1960 Jellinek describía el alcoholismo como una enfermedad, pero tenía en cuenta tanto la naturaleza de la sustancia como las características preexistentes del individuo que la utilizaba. Aunque la mayoría podía utilizar el alcohol sin ningún perjuicio resultante, había una minoría de individuos que desarrollaban una dependencia del alcohol y, para éstos, se admitía la existencia de «debilidades» psicológicas y genéticas preexistentes. Se consideraba que la adicción era un estado adquirido permanente sobre el que el individuo podría recuperar el control mediante la abstinencia, y el tratamiento así lo reflejaba: por ejemplo, la organización de autoayuda Alcohólicos Anónimos, fundada en 1935, tenía como principal objetivo ayudar a los individuos a lograr la abstinencia durante el resto de su vida.

Sin embargo, en el campo de la psicología, el principio del siglo XX trajo consigo el crecimiento del **conductismo** y, con él, nuevos métodos de tratamiento para los que tenían problemas con el alcohol, principios que emanaban de la teoría del aprendizaje social y de la teoría del condicionamiento. Estos enfoques consideraban que la conducta era el resultado del aprendizaje y del reforzamiento que recibe cualquier conducta. Según estas teorías, se puede «desaprender» un consumo excesivo de alcohol aplicando los principios conductuales al tratamiento. Este tratamiento intentaría identificar las claves contextuales que incitan a beber a un individuo, y el tipo de refuerzo que recibe por su conducta (*véase* el Capítulo 6). Por tanto, estos planteamientos tienen en cuenta al individuo, su conducta de consumo de alcohol y el entorno social.

En la actualidad, al menos en el Reino Unido y en otras partes de Europa, se considera que la abstinencia es uno de los posibles resultados del tratamiento, entre otros, como lo es también el consumo controlado. En el consumo controlado se anima a los individuos a que limiten su consumo a determinadas ocasiones/acontecimientos/horas del día, o bien a que controlen el contenido de alcohol de las bebidas consumidas, por ejemplo, al cambiar a alternativas con una gradación reducida (Heather y Robertson, 1981).

Los patrones de consumo excesivo establecidos al final de la infancia y al principio de la edad adulta tienden a fijar el patrón de un consumo excesivo durante la edad adulta. Los problemas de salud relacionados con el alcohol tienden a acumularse en la madurez. Los esfuerzos de promoción de la salud tienen, por tanto, dos objetivos: la prevención primaria en cuanto a

Conductismo

Creencia de que la psicología es el estudio de cuestiones observables y, por tanto, que lo relevante es el comportamiento, y no los procesos mentales.

la educación de los niños sobre los riesgos de un consumo excesivo y sobre los niveles de consumo «seguro»; y la prevención secundaria en cuanto a alteración de la conducta de los que ya tienen un consumo excesivo. En los Capítulos 6 y 7 se ofrecen ejemplos de estos tipos de intervención.

Fumar

Después de la cafeína y el alcohol, la nicotina es la siguiente droga psicoactiva más utilizada en la sociedad actual. Aunque el consumo de tabaco recibe una gran cantidad de publicidad negativa debido al número de fallecimientos relacionados con el mismo, la nicotina es una droga legal y la venta de sustancias que contienen nicotina (cigarrillos, cigarros puros) proporciona ingentes ingresos a muchas empresas tabacaleras y a muchos gobiernos (gracias a los impuestos sobre las labores del tabaco). Es posible que se esté produciendo lentamente un cambio en la forma en que la sociedad ve el consumo de tabaco, y se está limitando la publicidad del tabaco en muchos países, pero, entretanto, la prevalencia del hábito de fumar sigue siendo elevada. La reducción de la conducta de fumar sigue recibiendo una elevada prioridad en la agenda de salud pública.

Efectos negativos para la salud del consumo de tabaco

Un informe de 1990 estimaba que, en todo el mundo, mueren aproximadamente tres millones de personas debido al consumo de cigarrillos y, en menor medida, al de cigarros puros (Peto y López, 1990). En el 2000, las muertes atribuibles al tabaco habían aumentado en más de un millón al año (muertes estimadas de 4,9 millones; Organización Mundial de la Salud, 2002).

Los productos del tabaco contienen alquitranes carcinogénicos y monóxido de carbono que se cree que son responsables de aproximadamente el 30 por ciento de los casos de enfermedades cardiovasculares, el 75 por ciento de los cánceres (90% del cáncer de pulmón) y el 80 por ciento de los casos de enfermedades crónicas de obstrucción de las vías respiratorias. Además, se estima que los fumadores pasivos constituyen el 25 por ciento de las muertes por cáncer de pulmón entre los no fumadores.

El monóxido de carbono reduce el oxígeno circulante en la sangre, reduce efectivamente la cantidad de oxígeno que alimenta al corazón; la nicotina obliga al corazón a esforzarse más aumentando la presión sanguínea y el ritmo cardíaco; juntas, estas sustancias pueden provocar la reducción del diámetro de las arterias y aumentar la probabilidad de padecer una trombosis (creación de coágulos). Los alquitranes obstruyen el sistema respiratorio al congestionar los pulmones y ello es uno de los factores principales que contribuyen a la elevada prevalencia de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (EPOC) (por ejemplo, el enfisema) (Julien, 1996). En total, la evidencia empírica sobre los efectos perniciosos del

consumo de tabaco es indiscutible, y la evidencia más reciente sobre los efectos negativos de ser fumador pasivo es cada vez mayor (Department of Health, 1998b).

Prevalencia del consumo de tabaco

Debido a la creciente sensibilización sobre las consecuencias negativas del consumo de tabaco para la salud, en muchas sociedades occidentales se ha observado un cambio en la prevalencia y el inicio del hábito de fumar. Sin embargo, la menor prevalencia del hábito de fumar no es tan evidente en los países en vías de desarrollo como en los países desarrollados, lo que se cree que explica, en parte, el informe de la OMS de una mayor mortalidad por el consumo de tabaco en 2000. Algunas cifras son alentadoras; por ejemplo, aproximadamente el 80 por ciento de los varones y el 40 por ciento de las mujeres fumaban en el Reino Unido en la década de 1950, mientras que en 1998 estos porcentajes habían disminuido significativamente, hasta aproximadamente el 39 por ciento de los varones y el 33 por ciento de las mujeres (Peto, Darby, Deo *et al.*, 2000)⁴. Esta reducción de la prevalencia del consumo de tabaco ha sido relacionada con una reducción de las tasas de cáncer de pulmón, pero sólo se podrán ver los efectos plenos de la reciente reducción de la prevalencia del consumo de tabaco en las cifras de mortalidad de las próximas décadas. Una conclusión menos alentadora es que la reducción del número de varones que fuma no se refleja en las mujeres, entre las que se observa una menor tasa de reducción, y entre las jóvenes, que muestran un mayor incremento de iniciación al consumo (Blenkinsop, Boreham y McManus, 2003; Department of Health, 2000; National Statistics Office, 2001). La creciente incidencia del cáncer de pulmón entre las mujeres durante las últimas dos décadas se debe, en parte, a la mayor prevalencia del consumo de tabaco entre las mujeres desde la Segunda Guerra Mundial, pero es probable que se mantenga esta preocupante subida si se tienen en cuenta las cifras de las últimas encuestas.

También se han encontrado diferencias étnicas en la prevalencia del consumo de tabaco (British Heart Foundation, 2004; www.heartstats.org). Los varones bengalíes tienen más riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular que otros grupos debido, por ejemplo, a su tendencia a hacer menos ejercicio y a fumar más que sus homólogos blancos (Nazroo, 1997;

⁴ N. de los R.: Los datos procedentes de la encuesta domiciliar sobre abuso de drogas en España que se viene realizando cada dos años en el marco del Plan Nacional sobre Drogas indican que el consumo de tabaco en este país se había mantenido relativamente estable desde 1995 hasta 2003. Desde ese año y hasta la fecha de realización de la mencionada encuesta (noviembre 2005-abril 2006), se apreció un notable descenso de la prevalencia del consumo diario de tabaco desde un 36,7 por ciento en 2003 a un 32,8 por ciento en 2005-2006. Este decremento, que se acompañó de un aumento de la percepción del riesgo de fumar, se produjo en todos los grupos de edad y sexo pero, especialmente, en el grupo de 35 a 64 años y principalmente entre los hombres. (Para una revisión de los estudios estadísticos actuales realizados desde el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre el uso de drogas en España: www.pnsd.msc.es).

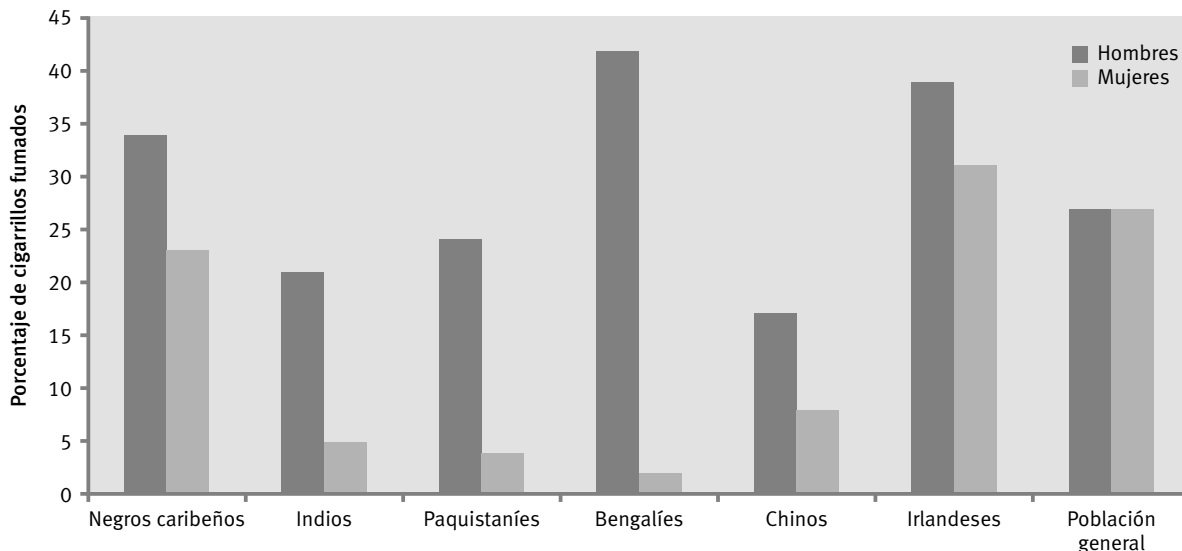


Figura 3.3 Consumo de cigarrillos por sexo y grupo étnico, Inglaterra, 1999.

Fuente: www.heartstats.org

Health Education Authority, 1997). Para ilustrar esto aún más, la Figura 3.3 presenta los datos de una encuesta realizada en 1999 donde se encontró que el 42 por ciento de los varones bengalíes fumaba, comparado con el 27 por ciento de la población en general. Además, el hecho de que este grupo coma menos frutas y verduras y realice poco ejercicio físico en comparación con la población general de varones, también contribuye a unos mayores niveles de enfermedades cardiovasculares (ECV). Por el contrario, el porcentaje de mujeres bengalíes, indias y paquistaníes que fuma es significativamente inferior al de la población general.

El consumo de tabaco sigue siendo elevado en la población de mayores, un segmento de la población que empezó a fumar antes de que la evidencia médica sobre los efectos perniciosos para la salud que tenía esta conducta fuera clara y estuviera a disposición de la sociedad. Bratzler, Oehlert y Austelle (2002) han revisado el impacto del consumo de tabaco sobre las personas mayores en cuanto a un incremento de la morbilidad, discapacidad y fallecimientos, y ofrecen un fuerte argumento a favor de los esfuerzos de promoción de la salud para centrarse en el abandono del hábito de fumar para mejorar la calidad de vida y la longevidad de las personas más mayores. Se ha demostrado que el dejar de fumar tiene ganancias para la salud: el estudio de prevención del cáncer II (CPS-II) de la American Cancer Society, por ejemplo, encontró una significativa reducción de las tasas de **mortalidad por edades** de antiguos fumadores comparadas con las de los que seguían fumando, produciéndose una mejora entre los que tenían más de 60 años, e incluso entre los que dejaron de fumar entre los 70 y los 74 años. Aunque puede ser difícil persuadir a los grupos de mayor edad para que cambien porque atribuyen muchas consecuencias del tabaco sobre la salud al proceso normal de envejecer, y porque suelen ser muy dependientes de su conducta (física y psicológicamente), las intervenciones

Mortalidad por grupos de edad

Se suele presentar como el número de fallecimientos por 100.000 habitantes, al año, según determinados grupos de edad, por ejemplo, comparando las tasas de mortalidad por cáncer en 2001 entre las personas de 45 a 54 años y las de 55 a 64 años.

que combinan información sobre el riesgo por edades y apoyo serán probablemente tan eficaces como intervenciones análogas entre las poblaciones más jóvenes.

Fumar como adicción

El potencial adictivo del tabaco proviene de una sustancia farmacológica, la nicotina, que actúa como un estimulante del cerebro, libera nuestros opiáceos endógenos, las betaendorfinas, y provoca un incremento de nuestro ritmo metabólico (Julien, 1996). La dependencia física se produce cuando el individuo desarrolla una tolerancia a los efectos de la nicotina y fuma más para lograr los mismos efectos o evitar los efectos del síndrome de abstinencia que se producen al reducirse el nivel de nicotina en sangre (por ejemplo, ansias, insomnio, sudoración, mayor apetito; por ejemplo, West, 1992). Así, el consumo de tabaco puede ser autorreforzante. Los síntomas psicológicos del síndrome de abstinencia, como ansiedad, inquietud e irritabilidad, suelen ser tan fuertes que los individuos pueden volver a empezar a fumar en un intento deliberado de suprimir estos síntomas, ¡que no sólo son estresantes para ellos mismos, sino también para quienes los rodean! Volver a empezar a fumar constituye un refuerzo en términos de evitación de cualquier síntoma más de abstinencia.

¿Por qué fuma la gente?

El hábito de fumar se suele adoptar en la juventud, y hay un significativo número de jóvenes que fuma y acumula un deterioro de los pulmones y las vías respiratorias que, en muchos casos, creará significativos problemas de salud en el futuro (Walker y Townsend, 1999). Doll y Peto (1981) informaron de un mayor riesgo de padecer cáncer de pulmón entre los que empezaron a fumar en la infancia respecto a los que empezaron a fumar en la edad adulta, aunque sólo hay una relativamente pequeña proporción de fumadores que empieza a fumar al inicio de la edad adulta (19 o más años).

■ Inicio del hábito de fumar

Al igual que en el caso del alcohol, las razones por las que se empieza a fumar son múltiples y variadas, y la siguiente lista cubre las que han sido identificadas como principales por la investigación, aunque pueden existir otras:

- Modelado: es decir, los niños con amigos, hermanos mayores y padres que fuman tienen más probabilidades de empezar a fumar que los niños cuyos allegados no son fumadores (por ejemplo, Biglan, Duncan, Ary *et al.*, 1995; Warburton, Revell y Thompson, 1991).
- Presión social, aprendizaje social y refuerzo: es decir, si los amigos fuman, un niño/joven puede desarrollar actitudes positivas compar-

tidas sobre el hábito de fumar, o menores percepciones del riesgo. La imagen es importante durante la adolescencia, y se considera crucial para el funcionamiento social querer «ajustarse» al grupo de referencia (por ejemplo, Aloise-Young, Hennigan y Graham, 1996; Tyas y Pederson, 1998).

- Se ha identificado que el control del peso es un motivo para empezar a fumar y para seguir fumando entre las jóvenes, pero no entre los chicos (por ejemplo, Camp, Klesges y Relyea, 1993; Crisp, Sedgwick, Halek *et al.*, 1999; French, Perry, Leon y Fulkerson, 1994).
- Durante la adolescencia pueden surgir distintas actitudes hacia el consumo de tabaco en función del sexo. Michell y Amos (1997), por ejemplo, encontraron que los jóvenes varones son más ambivalentes que las mujeres sobre el tabaco, puesto que lo consideran una conducta que está en conflicto con su deseo de tener buena forma física. Sugieren que, entre los chicos, el «estatus» en su jerarquía de iguales proviene de su forma física, mientras que en el caso de las chicas se asigna un mayor estatus a tener una buena y sofisticada apariencia o una apariencia rebelde, y este estatus puede conseguirse, para algunas, fumando.
- Fumar forma parte de un rango más amplio de conductas problemáticas o de riesgo como no ir a clase, pequeños hurtos y consumir alcohol (Jessor y Jessor, 1997; Sutherland y Shepherd, 2001).
- Creencias sobre la salud, como un «optimismo irreal» sobre la posibilidad de padecer consecuencias negativas para la salud: es decir, «a mí no me va a pasar porque fumo menos que otra gente de mi misma edad»: véase el Capítulo 5.

Estas diferencias subyacentes en la motivación para fumar son cruciales para comprender por qué las estadísticas nacionales de muchos países occidentales están mostrando menores niveles de consumo de tabaco entre los chicos pero no tanto entre las chicas. Parece que, si se quiere reducir la conducta de fumar, tiene que abordarse la mayor preocupación por la imagen y el peso que se constata en las chicas junto con su percepción del hábito de fumar.

Dada la evidencia existente de que el estrés se suele citar como un factor mantenedor del hábito de fumar entre los adultos y los adolescentes, Byrne y Mazanov (2003) se dispusieron a analizar si el estrés era también un factor de inicio del hábito de fumar entre los adolescentes australianos. El estudio abarcó a más de 2.600 alumnos de unos 16 años, y el 64 por ciento de la muestra participó en la evaluación de seguimiento 12 meses más tarde. Resulta interesante que los alumnos que no realizaron la evaluación de seguimiento habían afirmado inicialmente que tenían un número significativamente mayor de amigos que fumaban que los que tomaron parte en las dos fases del estudio. También hubo más fumadores que no realizaron la segunda parte. La hipótesis de que los niveles de estrés serían mayores antes de iniciar el hábito de fumar sólo quedó respaldada débilmente por los datos de los jóvenes varones que no eran fumadores en la primera entrevista pero que habían pasado a ser fumadores en el momento

del seguimiento. Por el contrario, había una significativa y fuerte relación entre el estrés y el inicio del hábito de fumar entre las chicas. Aquellas chicas que habían empezado a fumar entre los dos periodos de evaluación informaban de un mayor estrés total, más estrés relacionado con los estudios, más conflictos familiares, más control paternal y una mayor percepción de irrelevancia de la educación que las chicas que seguían sin fumar en la segunda evaluación. Dada la prevalencia del inicio del hábito de fumar entre las jóvenes adolescentes, este tipo de investigaciones resulta particularmente relevante.

La conducta familiar, y la dinámica familiar, constituyen importantes procesos de socialización que conforman de manera inevitable la conducta posterior de los hijos. Por ejemplo, se ha relacionado una escasa cohesión familiar con mayores niveles de consumo de tabaco y de alcohol entre los adolescentes y los jóvenes adultos con edades entre 12 y 22 años (Boureaudhuij, 1997; Boureaudhuij y van Oost, 1998), aunque estos estudios sólo analizaron a los adolescentes y adultos en un único momento, por lo que no es posible determinar la dirección de los efectos encontrados. Como se ha señalado anteriormente en el capítulo, la propia conducta de los padres también influye, ya que los hijos de padres que fuman tienen una probabilidad significativamente mayor de fumar que los hijos de padres no fumadores. Algunos autores han sugerido que los padres fumadores aumentan la «predisposición» de sus hijos a fumar. Es decir, el hecho de que los padres fumen da lugar a la creación de actitudes positivas hacia el tabaco, y la influencia de los compañeros fumadores da lugar a que esta predisposición lleve a la acción (por ejemplo, Jarvis, 2004).

■ Mantenimiento del hábito de fumar

Las razones para seguir fumando no son exclusivamente las mismas que las razones por las que se empieza a fumar. Por lo general, la gente que sigue fumando informa de:

- Placer o disfrute con la conducta, el sabor y los efectos que refuerzan las actitudes positivas hacia el tabaco.
- Se fuma por costumbre (dependencia psicológica y/o física).
- Se fuma como forma de autocontrol/afrentamiento del estrés, controlar de la ansiedad.
- Falta de fe en la capacidad propia para dejar de fumar.

La dependencia psicológica es muy compleja y depende en gran medida de las recompensas y los incentivos, las motivaciones y las expectativas que asigna una persona a su conducta de fumar. Por ejemplo, Cox y Klinger (2004) describen un modelo de motivación hacia el consumo de sustancias basado en hallazgos consistentes que afirman que las decisiones de los individuos sobre ese consumo de sustancias, incluyendo el tabaco, no son necesariamente racionales sino que tienen toda una serie de elementos emocionales y de motivaciones. Por ejemplo, una persona, considerando su hábito de fumar, puede hacerlo respecto a otras facetas de su vida de las que puede extraer satisfacción o no. Los individuos que no están com-

prometidos con unas metas de vida saludable, ni tienen la motivación de esforzarse para lograr estas metas, tienen menos probabilidades de considerar que su consumo sea un problema y se creen menos capaces de cambiar su conducta.

■ Abandono del hábito de fumar

Incluso la gente que deja de fumar cuando tiene entre 50 y 60 años puede evitar la mayor parte del riesgo posterior de desarrollar un cáncer de pulmón u otra enfermedad o discapacidad relacionada con el consumo de tabaco (Bratzler, Oehlert y Austelle, 2002). Aún mejor, si se deja de fumar a los 30 años se consigue evitar más del 90 por ciento del riesgo de contraer cáncer de pulmón (Peto *et al.*, 2000). La sociedad tiene una percepción positiva de los intentos para ayudar a la gente a dejar de fumar y, de hecho, la mayoría de los fumadores desea dejarlo. Por ejemplo, las dos terceras partes de los fumadores encuestados en 1996 como parte de la encuesta general de las familias del Reino Unido afirmó que quería dejar de fumar (Office for National Statistics, 1998). También, se ha encontrado que es más probable que los individuos de un mayor nivel socioeconómico dejen de fumar (disipando las expectativas de una gran reducción del consumo de tabaco entre las personas de peor situación socioeconómica debido al incremento del precio de los cigarrillos). Por ejemplo, en un estudio de seguimiento durante seis años y medio de más de 1.300 fumadores en Holanda, Droomers, Schrijvers y Mackenbach (2002) encontraron que cuanto mayor es el nivel de educación, mayores son las tasas de éxito del abandono del tabaco. Si este efecto se puede atribuir directamente a mayores conocimientos y a una mayor comprensión sobre las posibles consecuencias para la salud, o si las conclusiones están confundidas con la clase social (tal vez las personas que dejan de fumar en las clases sociales superiores tienen menos conocidos y amigos que fuman que los que no dejan de fumar), sigue sin estar claro. Varios estudios han mostrado mayor contribución de la pertenencia o no a una red de fumadores que las creencias sobre la salud, en el sentido de que es más fácil dejar de fumar si no se forma parte de una red de fumadores (por ejemplo, Rose, Chassin, Presson y Sherman, 1996).

Los Capítulos 6 y 7 describen las intervenciones dirigidas a promover el abandono del hábito de fumar.

Conducta sexual de riesgo

Consecuencias negativas para la salud de mantener relaciones sexuales sin protección

Aparte de los embarazos no deseados, las relaciones sexuales sin protección acarrear varios riesgos: infecciones, como clamidias y VIH. La conducta sexual es un factor de riesgo para contraer enfermedades que ha recibido una creciente atención desde la «llegada» del virus de inmunodeficiencia adquiri-

da en humanos (VIH) a principios de la década de 1980 y el reconocimiento de que el SIDA afecta tanto a las poblaciones heterosexuales activas como a las poblaciones homosexuales activas y a los usuarios de drogas por vía intravenosa que comparten las jeringuillas. A diferencia de otras conductas descritas en este capítulo, las prácticas sexuales no son exclusivamente una conducta individual sino una conducta que se produce en el contexto de las relaciones entre dos individuos. El sexo es fundamentalmente una conducta «social» (aunque el consumo de alcohol también se puede considerar «social», el acto físico de beber, en sí mismo, es individual). Como tal, los investigadores que analizan las prácticas sexuales y qué es lo que influye sobre las mismas, y los educadores de la salud que intentan promocionar prácticas sexuales más seguras, como la utilización de preservativos, tienen que superar retos singulares.

■ Prevalencia del VIH

La Organización Mundial de la Salud (1999, 2002) ha estimado que hay aproximadamente 40 millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, de las cuales han muerto aproximadamente 14 millones. Aunque hay 28 millones (el 70%) de casos de VIH concentrados en África, también hay zonas de Europa que resultan preocupantes. Por ejemplo, en el Reino Unido hay actualmente unas 42.000 personas con VIH y se han producido aproximadamente 14.000 muertes por culpa del SIDA. La epidemia del VIH en el Reino Unido no es distinta de la que se encuentra en otros países del Norte de Europa como Alemania, Holanda y Escandinavia; sin embargo, los países meridionales de Europa, como España, Francia, Portugal e Italia, tienen cifras de infección muy superiores, y se han atribuido en gran parte a la prevalencia del uso de drogas por vía intravenosa (PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, 2002).

En muchos países la práctica de relaciones heterosexuales sin protección se ha puesto en primera posición respecto a las relaciones homosexuales y al uso de drogas intravenosas (UDIV) como vía de infección, lo que en principio parece dar más peso a los hallazgos de las investigaciones sobre el cambio de conducta entre los varones homosexuales (Katz, 1997) y respalda la eficacia de los programas de intercambio de jeringuillas para los usuarios de drogas de administración por vía intravenosa. Por ejemplo, aunque se siguen compartiendo las jeringuillas, los diagnósticos de VIH entre los usuarios de estas drogas en el Reino Unido han mostrado un continuo declive durante los últimos 16 años, desde los 588 diagnósticos en 1985 (o antes, pero no se recopilaron cifras hasta 1985) hasta 181 diagnósticos en 1995 y 104 nuevos diagnósticos entre los usuarios de drogas de administración intravenosa en 2001 (PHLS Communicable Disease Surveillance Centre, 2002) (*véase* la Figura 3.4).

Sin embargo, la evidencia más reciente sugiere que los cambios positivos entre los varones homosexuales encuestados desde mediados de la década de 1980 hasta finales de la década de 1990 han empezado a declinar y se está asistiendo a una recuperación de las prácticas de sexo anal sin protección, de las enfermedades de transmisión sexual e, inevitablemente,

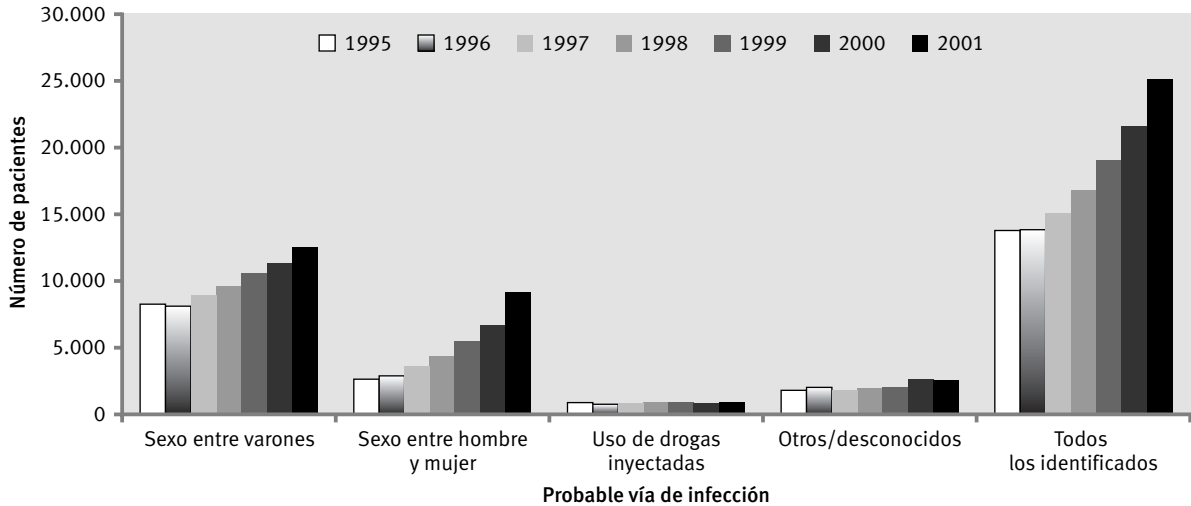


Figura 3.4 Tendencias de la prevalencia de infecciones de VIH (pacientes atendidos) por vía de infección probable: Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte, 1995-2001.

Fuente: PHLS Communicable Disease Surveillance Centre (2001).

de las infecciones de VIH (por ejemplo, Chen, Gibson, Katz *et al.*, 2002; Dodds y Mercey, 2002). Parte de esta disminución de la práctica del sexo más seguro se puede atribuir al hecho de que la gente empieza a considerar que el SIDA es una enfermedad para la que existen ahora varios tratamientos y, por tanto, han quedado minadas la mortalidad percibida de la enfermedad y la necesidad implícita de practicar un sexo más seguro. Además, puede que las percepciones de riesgo que tengan los individuos no sean correctas.

La infección heterosexual tiene más repercusiones para las mujeres (como «receptoras» del semen durante la relación sexual) que para los varones y, en Estados Unidos, esto ha quedado demostrado por un aumento de las cifras de VIH entre las mujeres (por ejemplo, Wortley y Fleming, 1997; Logan, Cole y Leukefeld, 2002). La prevalencia de la infección por VIH entre las mujeres embarazadas es relativamente baja en Europa, pero el seguimiento ha encontrado que ha aumentado el número de casos, lo que sugiere una necesidad urgente de desarrollar más servicios de detección prenatal.

■ Prevalencia de clamidias y otras enfermedades de transmisión sexual

Cada vez preocupa más el incremento de los casos de enfermedades de transmisión sexual (ETSs), como las clamidias, el herpes genital simple y las verrugas genitales (el virus del papiloma humano: VPH), más común entre los adolescentes y los jóvenes adultos (Moore y Rosenthal, 1993). Las clamidias son una enfermedad curable y también son una de las causas de infertilidad más fáciles de prevenir; sin embargo, un reciente estudio británico que revisaba la prevalencia entre los jóvenes encontró que el

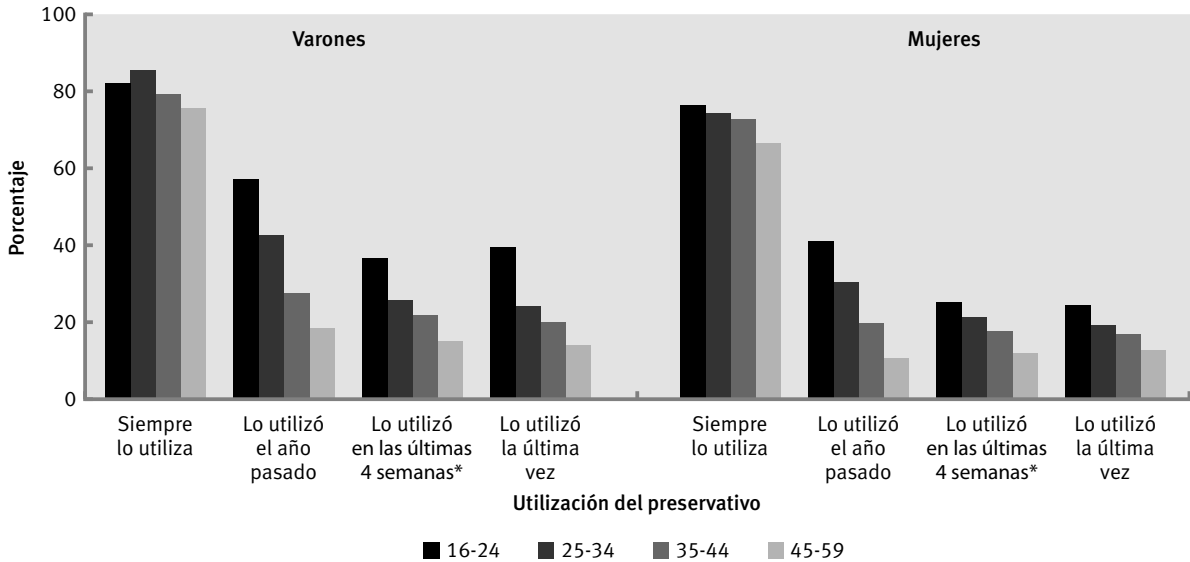
13,8 por ciento de las personas con menos de 16 años, el 10,5 por ciento de las personas de entre 16 y 19 años, y el 7,2 por ciento de los individuos entre 20 y 24 años tenía esta infección (Moens, Baruch y Fearon, 2003). Otro estudio sobre conducta sexual, realizado con 11.161 adultos con edades comprendidas entre los 16 y los 44 años, realizó una prueba de orina a la mitad de la muestra y encontró que el 10,8 por ciento de los varones y el 12,6 por ciento de las mujeres habían tenido una infección de transmisión sexual, el 3,6 por ciento de los varones y el 4,1 por ciento de las mujeres habían tenido verrugas genitales, y el 1,4 por ciento de los varones y el 3,1 por ciento de las mujeres habían tenido clamidia (Fenton, Korovessis, Johnson *et al.*, 2001).

Se trata de cifras preocupantes dado que la clamidia es otra enfermedad que se podría evitar con prácticas sexuales seguras, es decir, utilizando preservativos.

Conducta sexual y uso de preservativos

Antes de la aparición del VIH y del SIDA, la conducta sexual se consideraba generalmente como una conducta «privada» y, en cierta medida, poco investigada (salvo por los estudios clínicos realizados sobre los individuos que tenían problemas sexuales). La falta de información sobre las prácticas sexuales de la población general provocó que, inicialmente, fuera extremadamente difícil valorar el contagio potencial del VIH. Esa necesidad de información fue la que propició el destacable *National Survey for Sexual Attitudes and Lifestyles*, realizado con casi 19.000 adultos (de 16 a 59 años) que vivían en Gran Bretaña en 1990-1991 (Wellings, Field, Johnson *et al.*, 1994). La Figura 3.5 presenta los datos relativos al porcentaje de hombres y mujeres de cuatro grupos de edad y el uso de preservativos durante sus relaciones sexuales. Las conclusiones fueron que:

- Los jóvenes utilizan preservativos con más frecuencia que las personas más mayores.
- Las mujeres tienden a utilizar preservativos con menos frecuencia que los varones.
- Tanto para los varones como para las mujeres se utilizaban más preservativos con una «nueva» pareja sexual (34% y 41% de los varones y las mujeres, respectivamente, utilizaban preservativos en todas las ocasiones que practicaban sexo con una nueva pareja).
- La utilización de preservativos disminuía drásticamente entre los que afirmaban haber tenido múltiples parejas nuevas (17,5% y 10%, respectivamente).
- La tasa de utilización de preservativos era más baja entre los varones que tenían múltiples parejas que no eran nuevas parejas sexuales (sólo el 5,7% utilizaba siempre un preservativo).
- El uso del preservativo en mujeres se veía menos afectado por la novedad de sus múltiples parejas (el 14,3% siempre usaba preservativo con múltiples parejas que no eran nuevas).



* Entrevistados que fueron sexualmente activos en las últimas 4 semanas.

Figura 3.5 La utilización de preservativos por sexo y edad en el *National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles*.
Fuente: Wellings, Field, Johnson y Wadsworth (1994: 374).

Estas conclusiones sugieren que las prácticas sexuales más seguras no están influidas únicamente por la preocupación por el VIH sino que también dependen del tipo y el número de relaciones sexualmente activas que tiene una persona. También se ha descubierto que el consumo de alcohol reduce la utilización de preservativos tanto entre los individuos más jóvenes como entre los más mayores, entre los heterosexuales y entre los homosexuales (por ejemplo, Gillies, 1991), un efecto que se atribuye, a veces, a los efectos de desinhibición del alcohol. Sin embargo, este autor señala que el consumo de alcohol puede ser, sencillamente, un indicador de una conducta general de tendencia al riesgo (que incluye la no utilización de preservativos) y que es necesaria más investigación para determinar si el alcohol desempeña en sí un papel causal directo.

■ Obstáculos para la utilización del preservativo

En general, se encuentra que la utilización de preservativos está aumentando entre los jóvenes adultos, pero siguen existiendo barreras percibidas para su utilización. En lo que respecta a las mujeres y a la prevención del VIH, se ha visto que hay muchos factores interpersonales, intrapersonales, culturales y contextuales que interactúan entre sí y afectan al hecho de que la mujer se sienta capaz, o no, de controlar el uso del preservativo en sus relaciones sexuales (por ejemplo, Bury, Morrison y MacLachlan, 1992; Sanderson y Jemmot, 1996). Por lo general, los estudios sobre la utilización de preservativos entre mujeres jóvenes han señalado que, aunque las mujeres comparten algunas de las actitudes negativas hacia el uso del preservativo que se encuentran en las muestras de varones, como que los preservativos reducen la espontaneidad de la conducta o que reducen el placer

sexual, y que también tienden a tener estimaciones excesivamente optimistas sobre el riesgo personal de infección de enfermedades de transmisión sexual (ETS) o de VIH, las mujeres se enfrentan a barreras adicionales cuando se plantean el uso del preservativo (Bryan, Aiken y West, 1996, 1997; Hobfoll, Jackson, Lavin *et al.*, 1994). Estas barreras pueden incluir:

- la anticipación del rechazo del varón a la sugerencia por parte de la mujer de utilizar un preservativo (negación de su placer);
- dificultad/vergüenza a plantear la utilización del preservativo a su pareja;
- preocupación de que la sugerencia de utilizar un preservativo a su pareja potencial implique que, o bien ella misma o bien la pareja es VIH positivo o tiene alguna otra enfermedad de transmisión sexual;
- falta de autoeficacia o de manejo del uso del preservativo.

Estos factores no están relacionados únicamente con las creencias sobre la propia salud y las intenciones de la conducta del individuo respecto a la evitación de embarazos, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) o el SIDA; también ponen de relieve que la conducta sexual es una compleja interacción interpersonal. Una conducta sexual más segura requiere, tal vez, múltiples niveles de intervención enfocados, no sólo hacia las creencias individuales sobre la salud (como las descritas en el Capítulo 5), sino también hacia habilidades interpersonales, de comunicación y de negociación (Capítulos 6 y 7).



Resumen

Muchas conductas tienen repercusiones para la salud y la enfermedad de un individuo. Este capítulo ha definido la conducta saludable, no sólo como la conducta que muestra un individuo para proteger, promover o man-

tener su buena salud, sino también las conductas que se ha demostrado que están relacionadas con la salud, independientemente de que detrás de esos comportamientos haya razones de salud o no. Las conductas que se han estudiado en este capítulo se conocen, a veces, como «patógenos conductuales», o conductas perniciosas para la salud, e incluyen el hábito de fumar, el consumo excesivo de alcohol, las relaciones sexuales sin protección y una mala dieta. (Otras se han descrito como «inmunógenos conductuales» o conducta promotora de la salud, como el ejercicio físico, una dieta equilibrada, chequeos médicos y vacunaciones; véase el próximo capítulo).

Este capítulo ha descrito la conducta que se ha descubierto que tiene claras asociaciones con la prevalencia de enfermedades y, como tal, esa conducta es objeto de una gran cantidad de estudios en el campo de la psicología de la salud. Este capítulo también ha señalado al lector algunos de los retos que hay que superar para hacer una medición eficaz de la conducta de salud incluyendo, por ejemplo, las potenciales distorsiones de los autoinformes de la conducta privada debido al sesgo de autopresentación, o a problemas para recordar la frecuencia y cantidad de determinada conducta, como en el caso del consumo de alcohol.

Dentro de la psicología de la salud, un significativo cuerpo de estudio ha abordado la complejidad de factores sociales, emocionales y cognitivos que contribuyen a la conducta nociva para la salud, y se han desarrollado y puesto a prueba diversas teorías y modelos de la conducta de salud, que serán el objeto de estudio del Capítulo 5.

Lecturas recomendadas

Pitts, M. (1996). *The Psychology of Preventive Health*. London: Routledge. Para una visión general bien estructurada y fundamentada de los principales factores del estilo de vida asociados con el incremento del riesgo para la salud, véanse los Capítulos 4 y 5.

Orford, J. (2001). *Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions*, 2nd ed. Chichester: John Wiley.

Para una exploración minuciosa de la conducta «apetitiva» que incluyen fumar, beber, comer y el comportamiento sexual, este libro es una lectura clásica. Orford trata tanto los cambios en las visiones sociales de la conducta de salud considerada adictiva, como las explicaciones psicológicas y fisiológicas de tales comportamientos.

Para una útil visión general de los estudios estadísticos actuales del Departamento de Salud relacionados con el comportamiento saludable y de riesgo (Reino Unido):

www.doh.gov.uk/stats

Para una copia del reciente estudio llevado a cabo en el Reino Unido sobre la salud y la conducta saludable de los adolescentes, incluidas las recomendaciones para la intervención:

www.bma/org.uk

Comportamiento saludable

CAPÍTULO

4

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- La conducta que tiene efectos de protección o mejora de la salud.
- La importancia de una dieta sana, del ejercicio físico y de revisar el comportamiento saludable a lo largo de toda la vida.
- La gama y complejidad de los factores que influyen para que se asuma y se mantenga un comportamiento saludable.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

Como se ha mostrado en el capítulo anterior, el comportamiento está muy relacionado con la salud. Sin embargo, no todas nuestras conductas pueden tener efectos potencialmente negativos sobre nuestra salud, por el contrario hay muchas conductas que son beneficiosas e incluso protegen contra las enfermedades. A veces se denominan «inmunógenos conductuales». Este capítulo ofrece una revisión de la evidencia científica sobre una variada gama de este tipo de conductas protectoras de la salud, incluyendo una dieta sana, la realización de ejercicio físico, los chequeos médicos y las vacunas. Se analiza la evidencia relativa a los beneficios para la salud de cada una de estas conductas y se revisan las actuales recomendaciones respecto a la evidencia estadística que existe sobre la práctica de cada una de ellas. Se presenta un variado conjunto de factores que influyen en el inicio o el mantenimiento de conductas saludables que se desarrollarán posteriormente en el Capítulo 5 (donde se analizarán con detalle las teorías psicosociales sobre el comportamiento saludable).

El comportamiento saludable que se describe en este capítulo forma parte de los distintos planes de promoción y educación para la salud que se desarrollan en cualquier parte del mundo, de los cuales se muestran diversos ejemplos en los Capítulos 6 y 7.

Es importante tener en cuenta que la conducta individual puede minar la salud de una persona tanto como protegerla y conservarla. En una sociedad en la que prevalecen las enfermedades crónicas y la población está envejeciendo, cada vez es más importante dar pasos positivos hacia un estilo de vida saludable y un envejecimiento sano. Aunque las campañas de sanidad pública difundidas a través de los distintos medios de comunicación se esfuerzan por aumentar la sensibilización sobre los efectos beneficiosos o perniciosos de determinadas conductas sobre nuestra salud, es importante recordar que los individuos no actúan únicamente en función de sus motivaciones para proteger su salud o reducir su riesgo de padecer enfermedades. Como psicólogos de la salud, es importante que comprendamos no sólo las consecuencias de determinadas conductas sobre la salud, sino también los múltiples factores psicosociales que influyen sobre el comportamiento saludable. En el Capítulo 5 se describirán las teorías dominantes aplicadas y puestas a prueba en el campo de la investigación de la psicología de la salud, pero primero vamos a analizar algunas conductas.

Dieta sana

Como se ha descrito en el capítulo anterior, lo que comemos desempeña un papel importante tanto sobre nuestra salud como sobre nuestro estado de enfermedad a largo plazo. Se ha descubierto que la dieta se relaciona tanto directa como indirectamente con la enfermedad; por ejemplo, una ingesta de grasa está relacionada directamente con diversas formas de enfermedades cardíacas a través de una serie de mecanismos fisiológicos, e indirectamente relacionada con enfermedades dados sus efectos sobre el peso y, en particular, la obesidad. Además, dada la evidencia de que el 35 por ciento de los fallecimientos a causa del cáncer se pueden atribuir, en parte, a una mala dieta, en especial a dietas que tienen una significativa ingesta de alimentos con alto contenido en grasas, mucha sal y poca fibra (World Cancer Research Fund, 1997), no resulta sorprendente que los organismos gubernamentales y las autoridades médicas estén definiendo directrices sobre cómo comer de forma sana, y que los investigadores de la salud estén trabajando para identificar los factores que facilitan la adopción de estas directrices en nuestra vida cotidiana.

Los beneficios para la salud de comer frutas y verduras

Las frutas y verduras contienen, entre otras cosas, vitaminas, **antioxidantes** y fibra, todos ellos esenciales para tener un cuerpo sano. También pueden ofrecer protección contra enfermedades, como algunos tipos de cáncer (por ejemplo, de intestino). Block, Patterson y Subar (1992) han cotejado 170 estudios que analizaban la relación entre el consumo de frutas y verduras y todos los tipos de cáncer. Encontraron que una gran mayoría de los estudios (132) concluían que las frutas y verduras proporcionaban una

Antioxidante

Se ha demostrado que la oxidación del colesterol de lipoproteínas de baja densidad (o «malo») es importante en el desarrollo de depósitos de grasa en las arterias; los antioxidantes son propiedades químicas (polifenoles) de algunas sustancias (por ejemplo, el vino tinto) que se cree que tienen la capacidad de inhibir el proceso de oxidación.

Meta-análisis

Una revisión y reanálisis de las bases de datos cuantitativas existentes que combina los análisis de forma que se obtienen grandes muestras y una elevada potencia estadística de la que extraer conclusiones fiables sobre efectos concretos.

Enfermedad cardíaca isquémica

Una enfermedad cardíaca provocada por una restricción del flujo de sangre que va al corazón.

protección significativa contra el cáncer. Sin embargo, hasta la fecha la evidencia empírica no sugiere que ser vegetariano proteja contra todos los tipos de cáncer o contra las enfermedades del corazón, aunque un importante **meta-análisis** de los datos sobre 76.000 hombres y mujeres sí que concluía que ser vegetariano reducía el riesgo de fallecer de una **enfermedad cardíaca isquémica** (Key, Fraser, Thorogood *et al.*, 1998). Sin embargo, en este estudio los vegetarianos también tenían menores tasas de tabaquismo y menores niveles de consumo de alcohol que los no vegetarianos y, aunque se tuvieron en cuenta estos factores en el análisis, también podrían haber existido otras diferencias importantes y no identificadas que podrían explicar mejor las diferencias de salud entre ambos grupos. En general, sin embargo, la evidencia empírica de los análisis de los diversos estudios individuales es bastante consistente al encontrar beneficios positivos de la ingesta de frutas y verduras, no sólo respecto al cáncer, sino también respecto a otras enfermedades como los infartos cerebrales (Cummings y Bingham, 1998; Ness y Powles, 1997). Actualmente se está realizando una revisión sistemática a gran escala (*Cochrane Review*) de toda la evidencia que apunta hacia una relación de la ingesta de frutas y verduras con la morbilidad y mortalidad cardiovascular, así como con la mortalidad debida a cualquier otra enfermedad (Ness, Hooper, Egger *et al.*, 2003). El siguiente cuadro titulado CUESTIONES plantea la cuestión de si la complementación de la dieta de un individuo con vitaminas antioxidantes (vitaminas A, C y E; beta-caroteno; ácido fólico) tiene beneficios en cuanto a la reducción del riesgo de padecer enfermedades.

Cuestiones

¿Nos protegen las vitaminas de las enfermedades?

El cáncer y las enfermedades cardiovasculares son importantes causas de muerte en nuestra sociedad. La investigación ha sugerido que la falta de vitaminas A, C y E, beta-caroteno y ácido fólico en la dieta de una persona desempeña un papel importante en los cambios de los vasos sanguíneos que contribuye potencialmente a las enfermedades cardíacas, así como se ha relacionado un bajo nivel de beta-caroteno con el desarrollo del cáncer (relaciones estas que se atribuyen a las propiedades antioxidantes de estas vitaminas). Además, las vitaminas C y E tienen efectos antiinflamatorios, y tanto la inflamación como la oxidación han sido relacionadas con el deterioro cognitivo y con el progreso de la demencia.

Evidentemente, estas conclusiones avivan el interés del público y de los medios de comunicación, y ahora es frecuente tomar complementos vitamínicos como forma de proteger la salud, en Estados Unidos y más recientemente en Europa. Los complementos vitamínicos son una industria en crecimiento.

Sin embargo, ¿qué evidencia tenemos de su eficacia? Para responder a esta pregunta el Equipo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF: *United States Preventive Services Task Force*, un grupo de expertos constituido para conseguir eviden-

cia empírica para la realización de recomendaciones sanitarias) realizó dos revisiones a gran escala de los estudios sobre los complementos vitamínicos, publicados entre 1966 y 2001. Uno de los estudios revisaba la evidencia empírica sobre la reducción del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (USPSTF, 2003) y el otro sobre la reducción del riesgo de cáncer de mama, pulmón, colon y próstata (Morris y Carson, 2003). Concluyeron que incluso los ensayos bien diseñados y controlados aleatoriamente que comparaban los complementos vitamínicos con pastillas placebo con idéntica apariencia no ofrecían resultados concluyentes en cuanto al posterior desarrollo de una enfermedad. De forma preocupante, concluían que había una «evidencia convincente» de que los complementos de beta-caroteno estaban relacionados con un incremento del riesgo de padecer cáncer de pulmón y muerte entre los fumadores. Los revisores indicaban que eran los estudios mal diseñados los que tendían a afirmar que habían encontrado una relación entre los complementos vitamínicos y una reducción del riesgo de padecer enfermedades. Por ejemplo, los estudios observacionales que afirmaban que había un menor riesgo de cáncer de mama relacionado con la ingesta de vitamina A no solían controlar otras facetas de la conducta de su muestra, como la dieta en general o la realización de ejercicio físico. Otra evidencia, como la relativa al menor riesgo de cáncer de colon entre los que toman complementos de ácido fólico, está basada en informes retrospectivos de los afectados/no afectados, en vez de en estudios de seguimiento prospectivo a largo plazo de individuos inicialmente sanos, lo cual nos hace interpretar con cautela estas conclusiones.

Al hacer recomendaciones sobre el consumo de vitaminas, la USPSTF concluía, con la excepción de que los fumadores no tomen beta-caroteno, que había una escasa evidencia sobre qué vitaminas pudieran tener efectos perniciosos, como tampoco la había sobre sus beneficios sobre la reducción del riesgo de padecer enfermedades cardíacas y otros muchos tipos de cáncer; en conclusión, parece que es la dieta sana el factor clave, más que el uso de complementos vitamínicos.

En cuanto a los complementos de vitamina C y E y la detención del deterioro cognitivo, apenas hay evidencia y sigue siendo necesario hacer ensayos bien diseñados y con control aleatorio de los que toman vitaminas comparados con los que toman un placebo (Haan, 2003). Sin embargo, la poca evidencia existente ha señalado los efectos beneficiosos de las vitaminas C y E sobre la fluidez verbal y la memoria verbal de mujeres mayores sanas (tanto la pérdida de fluidez verbal como de memoria a corto plazo están involucradas en el desarrollo de la demencia). Sin embargo, los beneficios sólo se encontraron cuando las vitaminas se tomaban juntas, y no cuando se tomaba cualquiera de éstas de forma independiente (Grodstein, Chen y Willett, 2003). Estos efectos son alentadores y, sin duda, es un campo que merece la pena seguir estudiando dado que es probable que el deterioro cognitivo y la demencia se generalicen en nuestra sociedad debido al envejecimiento de la población.

Por tanto, en general, aún está por determinar si los complementos vitamínicos nos protegen de las enfermedades. Además, y es una cuestión quizás más importante, están apareciendo pruebas de que algunos complementos podrían, incluso, resultar perjudiciales para la salud de determinados subgrupos (por ejemplo, fumadores); por otra parte, todavía se sabe poco sobre las dosis que es adecuado tomar, es decir, ¿a partir de qué momento empiezan a ser perniciosos los efectos?

■ Ingesta recomendada de frutas y verduras

Las actuales recomendaciones afirman que hay que comer cinco o más porciones de frutas y verduras al día; sin embargo, menos del 20 por ciento de los chicos y el 15 por ciento de las chicas con edades entre 13 y 15 años parecían hacerlo recientemente (Department of Health, 1998a; Bajekal, Primatesta y Prior, 2003). Existe una evidencia sustancial de que los adultos tampoco siguen estas recomendaciones (por ejemplo, Baker y Wardle, 2003; Wardle y Steptoe, 2003).

¿Por qué no se comen suficientes frutas y verduras?

A pesar de la creciente sensibilización del público sobre la relación entre la alimentación y la salud, las frutas y verduras tienden a no ser el alimento elegido por muchos jóvenes en la actualidad. Por ejemplo, el estudio británico *National Diet and Nutrition Survey* (Food Standards Agency, 2000) concluyó que los alimentos consumidos con más frecuencia por los adolescentes británicos eran el pan blanco, los aperitivos salados (por ejemplo, patatas fritas de bolsa), galletas, patatas y bollería¹. Aunque la ingesta británica media de vitaminas no era deficiente, la ingesta de algunos minerales era reducida. Estas preferencias alimenticias pueden entenderse, en parte, gracias a las conclusiones de otro estudio reciente de los jóvenes británicos (Haste, 2004), que concluía que los niños daban como las dos principales razones para elegir sus alimentos favoritos que «sabe bien» (67%) y «me llena» (43%), por encima de «porque es sano» (22%) y «me da energía» (17%).

Por desgracia, parece que el hecho de que sepa «bien» está correlacionado con un contenido de azúcares y grasas en vez de con un alimento saludable, y existen ideas preconcebidas sobre los alimentos saludables que pueden afectar negativamente a la elección de los mismos por parte de un individuo. Por ejemplo, el 37 por ciento de la muestra de Haste se mostraba de acuerdo con la afirmación de que «los alimentos saludables no suelen saber tan bien como los alimentos insanos». ¿A qué se deben estas percepciones y preferencias?

■ Preferencias alimenticias

Los padres desempeñan un papel primordial en la definición de los patrones de alimentación, las elecciones de alimentos y de las actividades de ocio, en tanto en cuanto definen las reglas y líneas directrices de lo que se considera una conducta adecuada. Por ejemplo, la permisividad paterna

¹ El informe «Los adolescentes españoles y su salud» (2004), enmarcado dentro del último de la serie de estudios «Health Behaviour in School Aged Children» (HBSC), realizados por la Organización Mundial de la Salud, revela que muchos adolescentes hacen un consumo escaso de algunos productos respecto a los índices considerados óptimos (así, por ejemplo, sólo el 35,3% de los adolescentes consume fruta y el 10,5% verdura al menos una vez al día). Por otra parte, se consumen ciertos alimentos por encima de los niveles recomendados, por ejemplo, un 23,5 por ciento de los adolescentes comen dulces y un 30,4 por ciento consumen bebidas azucaradas todos los días (*nota de los revisores*).

está relacionada con una conducta de alimentación menos saludable entre los adolescentes y jóvenes adultos con edades comprendidas entre 12 y 22 años (Boureaudhuij, 1997; Boureaudhuij y van Oost, 1998). Las preferencias alimenticias se aprenden generalmente a través de la socialización en el seno de la familia, y los alimentos que los padres ofrecen a sus hijos suelen marcar las preferencias futuras de los hijos respecto a:

- *formas de cocinar*: por ejemplo, hecho en casa/alimentos frescos frente a alimentos precocinados/procesados;
- *productos*: por ejemplo, con alto contenido en grasas frente a bajo contenido en grasas, orgánico frente a no orgánico;
- *gustos*: por ejemplo; muy sazonado frente a poco sazonado, dulce frente a amargo;
- *texturas*: por ejemplo, blando-crujiente, tierno-duro;
- *componentes alimenticios*: por ejemplo, carne roja/blanca, verduras, frutas, cereales, legumbres e hidratos de carbono.

Hay varias intervenciones que se han diseñado para influir sobre la ingesta de frutas y verduras de los jóvenes, como el programa del Norte de Gales Food Dudes, dirigido a los niños de preescolar y primaria (Tapper, Horne y Lowe, 2003; Horne, Tapper, Low *et al.*, 2004). Este programa utiliza técnicas de modificación de conducta dirigidas a incrementar la exposición al sabor de las frutas y las verduras, modelando la conducta saludable recurriendo a personajes juveniles de dibujos animados, y reforzando la conducta utilizando recompensas que valoran los niños (por ejemplo, pegatinas, lápices de colores) por comer frutas y verduras ofrecidas a las horas del almuerzo y de la comida (Lowe, Horne, Tapper *et al.*, 2004). Se ha concluido que existe una eficacia a largo plazo de las intervenciones basadas en el modelado de iguales y en recompensas por consumir frutas y verduras entre los niños de las zonas urbanas, con ganancias destacables entre los niños que comían menos frutas y verduras al inicio del estudio (Horne *et al.*, 2004). Sin embargo, un estudio con muestras elegidas al azar para aumentar la exposición a estos alimentos, consistente en poner puntos de venta de frutas en los colegios de primaria no encontró un incremento del consumo de frutas (Moore, Paisly y Dennehy, 2000; Moore, 2001), lo cual sugiere que la mera disponibilidad es insuficiente para motivar el cambio.

Ejercicio físico

Los beneficios del ejercicio físico para la salud

El ejercicio físico se suele considerar como protector de la salud, reduciendo el riesgo de un individuo de desarrollar problemas y enfermedades, tales como las cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo II, la obesidad y algunos tipos de cáncer, incluyendo el colon-rectal y el cáncer de mama (Kohl, 2001; Knowler, Barrett-Connor, Fowler *et al.*, 2002; Organización Mundial de la Salud, 2002). Un primer indicador de los beneficios del ejercicio físico provino de un estudio longitudinal de los estilos de vida de

17.000 licenciados de la Universidad de Harvard. Este estudio registró 1.413 muertes entre 1962 y 1978, y observó que había un número significativamente mayor de fallecimientos entre los que habían tenido una vida sedentaria. En concreto, los que habían realizado un ejercicio físico equivalente a correr/andar entre 48 y 56 kilómetros a la semana corrían la mitad del riesgo de fallecer prematuramente que los que hacían un ejercicio físico equivalente a ocho kilómetros o menos por semana. El ejercicio moderado se definía como un ejercicio equivalente a unos 32 kilómetros a la semana, y estos individuos también disfrutaban de unos beneficios para la salud en tanto en cuanto vivían, de media, dos años más que los individuos del grupo que hacía poco ejercicio físico (equivalente a menos de ocho kilómetros por semana) (Paffenbarger, Hyde, Wing *et al.*, 1986). Un estudio de seguimiento parecido entre una muestra de varones mayores (61 a 81 años) concluyó que la tasa de mortalidad en 12 años se reducía a la mitad entre los que andaban más de 3,2 kilómetros al día comparado con los que andaban menos (Hakim, Petrovitch, Burchfield *et al.*, 1998). Además, estos mismos autores concluyeron que la incidencia de cáncer y de enfermedades cardíacas también era menor entre los que andaban más, y que este efecto se mantenía incluso cuando se controlaban otros factores de riesgo comunes, como el consumo de alcohol y la presión sanguínea. Todos los individuos que participaron en este estudio eran no fumadores y, por tanto, no hacía falta tener en cuenta el hábito de fumar; sin embargo, este estudio, que por lo demás era muy cuidadoso, no tuvo en cuenta la dieta del individuo lo que, en parte, podría afectar a las conclusiones.

Una revisión de la evidencia de varios estudios prospectivos observacionales ha sugerido que el ejercicio físico habitual puede reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares relacionado con un peso corporal excesivo (Blair y Brodney, 1999). Por ejemplo, un estudio ha concluido que los individuos con exceso de peso [un índice de masa corporal (IMC, véase el Capítulo 3) de 25 o más] que realizaban ejercicio físico tenían una menor tasa de ataques al corazón (1,3/1.000 varones/año) que una persona con un peso normal (IMC inferior a 24,9) que no realiza ejercicio físico (tasa de ataques al corazón de 5,5/1.000 varones/año) (Morris, Clayton, Everitt *et al.*, 1990). Estar «gordo» no significa «no estar en forma».

Pero el ejercicio también es protector contra el desarrollo de la osteoporosis, una enfermedad caracterizada por la reducción de la densidad del hueso debida a la pérdida de calcio, que da lugar a huesos quebradizos, una pérdida de fortaleza de los mismos y un mayor riesgo de fracturas. Se estima que, en el Reino Unido, una persona se rompe un hueso por tener osteoporosis cada tres minutos, y que una de cada tres mujeres, y uno de cada doce hombres con una edad en torno a 50 años, padecerán esta condición. El ejercicio habitual, sobre todo el ejercicio de bajo impacto, como andar o bailar o el ejercicio de levantamiento de peso, no sólo es importante para el desarrollo de los huesos para los jóvenes, sino que también es importante para mantener los niveles máximos de densidad ósea durante la edad adulta. Se pueden obtener beneficios adicionales en cuanto a fortaleza muscular, coordinación y equilibrio con ejercicios de fortalecimiento-resistencia, que, a su vez, pueden beneficiar a los individuos de más edad reduciendo el riesgo de caídas y las consecuentes fracturas óseas.

Por tanto, se acepta por lo general que el ejercicio físico es un medio para reducir el riesgo personal de desarrollar una amplia variedad de problemas de salud graves; además, está relacionado con una disminución significativa de la mortalidad por todo tipo de causas tanto entre hombres (Myers, Froelicher, Do *et al.*, 2002) como entre mujeres (Manson, Greenland, LaCroix *et al.*, 2002).

Una vez definida la relación entre conducta y consecuencias para la salud, es importante preguntarse «cómo» actúa esta relación. En cuanto al ejercicio físico y la reducción del riesgo de enfermedades cardíacas, parece que la realización regular de ejercicio físico fortalece el músculo del corazón y aumenta la eficiencia cardíaca y respiratoria; también tiende a reducir la presión sanguínea y los individuos que hacen ejercicio de forma regular tienen menos tendencia a acumular grasa corporal (por ejemplo, Pate, Pratt, Blair *et al.*, 1995; UK Health Education Authority y UK Sports Council, 1992). Por tanto, el ejercicio físico ayuda a mantener el equilibrio entre la ingesta de energía y el consumo de energía, y funciona protegiendo la salud física de diversas maneras; también se ha demostrado que tiene beneficios para el bienestar psicológico.

Los beneficios psicológicos del ejercicio físico

Conducta prosocial

Conductas que son valoradas positivamente por la sociedad y que pueden provocar consecuencias sociales positivas, por ejemplo, mostrar empatía, ayudar a los demás.

Catecolaminas

Estas sustancias químicas son neurotransmisores del cerebro e incluyen la adrenalina y la noradrenalina.

Noradrenalina

Esta catecolamina es una hormona con función neurotransmisora que se encuentra en el cerebro y en el sistema nervioso simpático. También se conoce como norepinefrina.

Adrenalina

Hormona secretada por la médula adrenal que puede actuar como neurotransmisor y que aumenta la actividad fisiológica en el cuerpo, incluyendo la estimulación de la acción cardíaca y un incremento de la presión sanguínea y del ritmo metabólico. También se conoce como epinefrina.

Se ha relacionado repetidas veces el ejercicio físico con beneficios psicológicos en cuanto a un mejor estado de ánimo en poblaciones clínicas (por ejemplo, en depresión; Glenister, 1996) y en poblaciones no clínicas (Plante y Rodin, 1990). No es únicamente que el ejercicio físico habitual tenga beneficios a largo plazo sobre el estado de ánimo gracias a la mejor imagen corporal o a una mayor forma física, sino que se ha encontrado que el ejercicio aeróbico moderado está relacionado con una menor ansiedad (por ejemplo, Petruzzello, Jones y Tate, 1997); por otro lado, la revisión de Biddle (1995) de los efectos del ejercicio físico sobre el estado de ánimo, la autoestima y la conducta prosocial informaba sobre los efectos de periodos de ejercicio intenso sobre el bienestar psicológico. Estos beneficios psicológicos del ejercicio físico se han atribuido a diversos mecanismos biológicos, incluyendo:

- liberación, inducida por el ejercicio, de los opiáceos naturales del propio cuerpo en el flujo sanguíneo, que producen una «subida natural» y actúan como calmantes;
- estimulación de la liberación de catecolaminas como la noradrenalina y la adrenalina, que contrarrestan cualquier respuesta de estrés y mejoran el estado de ánimo (Capítulos 8 y 12);
- mediante la relajación de los músculos, que reduce la sensación de tensión.

Sin embargo, la relación entre el ejercicio físico y un estado de ánimo positivo tal vez no sea tan sencilla como sugieren las vías biológicas. Por ejemplo, existe evidencia empírica de una relación inversa entre la intensidad del ejercicio y su mantenimiento, ya que es menos probable

que los individuos persistan en un ejercicio intenso que en uno moderado, posiblemente porque lo experimentan como algo difícil (Brewer, Manos, McDevitt *et al.*, 2000). Esta sugerencia de que, más allá de determinado nivel, el ejercicio puede ser, de hecho, perjudicial para el estado de ánimo, ha sido analizada con más detalle por Hall, Ekkekakis y Petruzzello (2002). Estos autores han analizado la respuesta afectiva de treinta voluntarios a crecientes niveles de intensidad del ejercicio físico y han encontrado que el ejercicio físico no sólo provocaba un estado de ánimo negativo, sino que también el momento de la evaluación del estado de ánimo (evaluación previa y posterior al ejercicio, comparada con una valoración repetida durante el ejercicio) cambiaba intensamente el carácter de la relación encontrada entre el ejercicio y el estado de ánimo. Los estudios que miden el estado de ánimo antes del ejercicio y, de nuevo, después de haber realizado el ejercicio físico y de que la persona se haya recuperado, suelen dar como resultado unas respuestas afectivas positivas. Sin embargo, los datos de Hall y sus colegas mostraban claramente un considerable deterioro del estado de ánimo a medida que aumentaba la intensidad del ejercicio, y el estado de ánimo sólo alcanzaba niveles positivos cuando se había terminado el ejercicio. Estos autores proponen que el recuerdo de la respuesta afectiva negativa experimentada durante el ejercicio probablemente dificulte el mantenimiento posterior de la conducta de hacer ejercicio por parte del individuo, lo que podría explicar por qué algunos estudios encuentran un escaso mantenimiento del ejercicio físico. Estas interesantes conclusiones sugieren que hay cuestiones metodológicas de los estudios que influyen en el hecho de que se relacione o no el ejercicio con un estado de ánimo positivo. Además, otros factores, como la distracción cognitiva o el alejarse físicamente de los problemas cotidianos, o el respaldo social que se adquiere al hacer ejercicio físico con los amigos, pueden combinarse con los factores biológicos para influir sobre la experiencia afectiva comentada.

El ejercicio físico habitual *moderado* parece ofrecer varias vías hacia el bienestar. Por ejemplo, para algunos individuos, la imagen personal y la autoestima pueden mejorar gracias a que hacer ejercicio contribuye a perder y controlar el peso. Para bien o para mal, vivimos en una sociedad en la que un tipo delgado se valora más positivamente (tanto por los demás como por nosotros mismos) que cuando se tiene exceso de peso. Otra vía potencial hacia el bienestar puede verse en los que utilizan el ejercicio como una forma de afrontar el estrés. Para estos individuos, el ejercicio físico puede actuar como una distracción positiva de los momentos negativos y estresantes o como una actividad alejada de las exigencias laborales y de cualquier otro tipo. Durante el ejercicio la persona se puede centrar en el esfuerzo físico realizado o en el control del ritmo cardiaco, se puede distraer escuchando música o planificando las vacaciones, o puede utilizar el tiempo para pensar en los estresores o exigencias cotidianas y planificar su forma de afrontarlos (*véase* el Capítulo 12). Finalmente, el ejercicio puede tener beneficios psicológicos para las personas que están experimentando un deterioro cognitivo debido al envejecimiento o a la demencia. Cotman y Engesser-Cesar (2002) afirmaban recientemente que la actividad física está relacionada con un retraso en la disfunción y degeneración neuronal

asociadas a la edad, que subyacen al tipo de deterioro cognitivo que se suele relacionar con la enfermedad de Alzheimer, como los lapsos de memoria y la falta de atención.

En resumen, la realización de ejercicio físico habitual se considera beneficiosa tanto para la salud física como para la psicológica e incluso puede que para la supervivencia pero, como con gran parte de la conducta, es posible que lo que se necesite sea moderación.

Las consecuencias negativas del ejercicio físico

Paradójicamente, una dependencia excesiva del ejercicio físico, hasta el punto de que se convierte en una compulsión y provoca dependencia (evidenciado, por ejemplo, por la experimentación de un síndrome de abstinencia, sentimiento de culpabilidad e irritabilidad cuando no se puede realizar) también es uno de los campos de investigación de los psicólogos de la salud (por ejemplo, Hausenblaus y Symons Downs, 2002; Ogden, Veale y Summers, 1997). Los estudios experimentales han demostrado que, si se prohíbe a las personas que hacen ejercicio físico de forma habitual que hagan ejercicio, se reduce el buen estado de ánimo y se provoca irritabilidad (por ejemplo, la revisión de Biddle y Murtrie, 1991), recuperándose el buen estado de ánimo cuando se retoma la actividad física. Las consecuencias físicas a largo plazo de un exceso de ejercicio están relacionadas con un desgaste muscular y una pérdida de peso, más que con una enfermedad en concreto; sin embargo, estas conclusiones son un recordatorio de que las conductas moderadas (incluso las conductas que se consideran protectoras de la salud) son mejores que las conductas llevadas a niveles extremos. Además, el consejo de salud es que un individuo que anteriormente ha sido inactivo físicamente vaya aumentando su nivel de ejercicio de forma paulatina, en vez de hacer cambios drásticos tanto en cuanto a la frecuencia como a la intensidad del ejercicio, y que cuando existe un problema de salud, se acuda primero a un profesional médico antes de empezar a hacer ejercicio.

Recomendaciones sobre el ejercicio

La creciente sensibilización por el incremento de los estilos de vida sedentarios en los siglos XX y XXI, y la mayor incidencia de la obesidad entre niños y adultos por igual, ha llevado a muchos organismos a hacer recomendaciones específicas sobre el ejercicio físico (por ejemplo, US Department of Health and Human Services, 1996; Health Education Authority, 1998). El objetivo de cualquier línea directriz consiste en identificar cómo y cuánto ejercicio físico permite lograr beneficios relacionados con la reducción de la presión sanguínea, la diabetes, la osteoporosis, las enfermedades cardiovasculares y la obesidad, así como la mejora del bienestar general. Las líneas directrices sobre los niveles de ejercicio recomendado se definen de forma que no sean demasiado elevadas como para estar fuera

del alcance del individuo medio. Por ejemplo, un estudio a gran escala de casi 40.000 mujeres sanas con más de 45 años concluyó que el nivel de ejercicio mínimo necesario para reducir el riesgo de enfermedades cardíacas puede ser de tan sólo 20 a 60 minutos de andar con ritmo, pero no deprisa, por semana (Lee, Rexrode, Cook *et al.*, 2001).

Las recomendaciones de salud pública relevantes para todas las edades definen, sin embargo, objetivos generalmente más elevados que éstos, recomendándose un ejercicio físico moderado para los jóvenes de una hora al día (empezando con media hora si no se hace ningún ejercicio físico), y para los adultos de una hora al día tres días por semana (por ejemplo, Health Education Authority, 1998).

A pesar de las evidentes ventajas para la salud y de las campañas activas de muchas autoridades sanitarias y medios de comunicación para animar a los individuos de todas las edades a hacer más ejercicio, la cantidad de ejercicio que se realiza en algunas partes de Europa sigue siendo reducida.

■ Niveles de ejercicio

Aproximadamente el 45 por ciento de la población adulta británica hace algún tipo de ejercicio al menos una vez al mes, y Norman, Bennett, Smith *et al.* (1998) estiman que sólo el 25 por ciento de esta población hace ejercicio físico con suficiente regularidad como para obtener los efectos protectores de esta conducta. Este patrón no sólo es patente en Gran Bretaña. Por ejemplo, una encuesta realizada en 21 países europeos concluyó que aproximadamente una tercera parte de las personas con entre 18 y 30 años de edad no realizaba ejercicio físico de forma regular (Steptoe, Wardle, Fuller *et al.*, 1997). También se han encontrado diferencias por sexo y edad, concluyéndose que las mujeres suelen ser más inactivas que los hombres, y que las mujeres de más edad hacen menos ejercicio que las más jóvenes (por ejemplo, Stephenson, Bauman, Armstrong *et al.*, 2000). Skelton, Young, Walker *et al.* (1999) encuentran evidencia de un efecto de la edad sobre la participación en un ejercicio físico habitual, ya que el 18 por ciento de los hombres, y el 20 por ciento de las mujeres con edades comprendidas entre 50 y 54 años participaban en actividades físicas al menos una vez a la semana, y sólo el 9 por ciento de los hombres y el 4 por ciento de las mujeres con 80 o más años lo hacían. De nuevo, las proporciones de individuos que hacen ejercicio a niveles que podrían aportar beneficios para la salud son significativamente inferiores.

En cuanto a los adultos de más edad y su conducta de realización de ejercicio físico, muchas encuestas comparan simplemente a las personas con menos de 65 años con las personas de más de 65 años, por lo que los datos sobre la conducta de los «muy mayores» (es decir, los que tienen más de 85 años) son limitados. La conducta de hacer ejercicio físico estará probablemente influida por factores como la actual situación de salud y el funcionamiento físico, acceso a instalaciones adecuadas, e incluso preocupaciones por la seguridad personal (en lo que respecta a andar solo por la calle). Existe evidencia empírica de que la longevidad se puede predecir en función de que la persona sea físicamente más o menos activa. Por ejem-

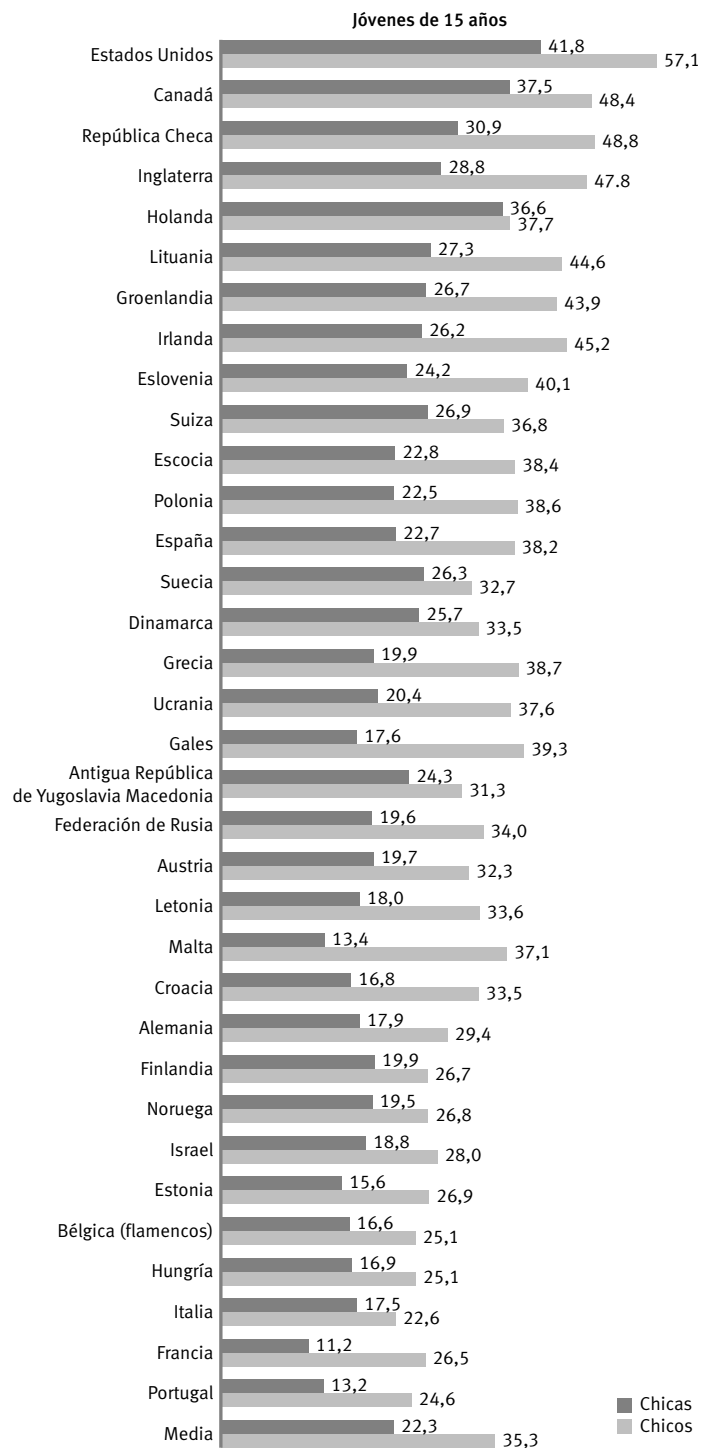


Figura 4.1 Proporción de jóvenes de 15 años en 35 países que realizan los niveles recomendados de ejercicio físico (al menos una hora de actividad moderada o de más intensidad cinco o más días a la semana).

Fuente: OMS (2004); www.euro.who.int

plo, Hakim y colaboradores (Hakim *et al.*, 1998) hicieron un seguimiento de un conjunto de varones de entre 61 y 81 años durante un periodo de 12 años y controlaron la cantidad que andaban. Los varones que caminaban más de 3,2 kilómetros al día vivían significativamente más tiempo que los que lo hacían menos (el 21,5% falleció durante los 12 años, comparado con el 43% de los que caminaban más).

La prevalencia de esta inactividad también es elevada en las muestras de los más jóvenes; por ejemplo:

- La National Diet and Nutrition Survey (2000) estima que el 40 por ciento de los chicos y el 60 por ciento de las chicas encuestadas en el Reino Unido no seguían las recomendaciones de la Health Education Authority (Reino Unido, véase más arriba).
- Una gran encuesta realizada a la juventud inglesa (Prescott-Clarke y Primatesta, 1998) concluyó que el 71 por ciento de los chicos de 15 años realizaban 30 minutos de ejercicio físico la mayoría de los días, frente a tan sólo el 36 por ciento de las chicas de esa edad.
- Un estudio de la Organización Mundial de la Salud de 162.000 jóvenes de 11, 13 y 15 años en 35 países de Europa y Norteamérica concluyó que sólo el 35 por ciento de los chicos de 15 años, y sólo el 22 por ciento de las chicas, realizaba al menos una hora de ejercicio moderado o intenso cinco días a la semana, con importantes diferencias geográficas y por sexo (www.euro.who.int) (véase la Figura 4.1).

Como se ha ilustrado anteriormente, diversos estudios a gran escala muestran diferencias por sexo en cuanto a la frecuencia de realización del ejercicio físico, y se suele encontrar que los chicos son más activos a una edad temprana que las chicas, manteniéndose las diferencias a lo largo de la adolescencia. También se han encontrado diferencias culturales en cuanto a la frecuencia del ejercicio físico. Por ejemplo, los niveles de actividad física de los hombres y mujeres de Bangladesh, India, Pakistán y China, residentes en el Reino Unido con más de 55 años eran inferiores a los niveles de los encuestados blancos (Joint Helth Surveys Unit, 2001). Varios estudios han identificado una serie de factores comunes que influyen en la decisión de hacer o no ejercicio físico, aunque hasta el momento no está clara la utilización de estas conclusiones en el diseño de los programas de intervención (por ejemplo, Brunton, Harden, Rees *et al.*, 2003).

¿Por qué se hace ejercicio físico?

La gente que decide hacer ejercicio da varias razones para hacerlo, siendo las más frecuentes las siguientes:

- El deseo de estar en buena forma física.
- El deseo de perder peso/cambiar la apariencia física y la figura.
- El deseo de mantener o mejorar la salud.
- El deseo de mejorar la imagen propia y el estado de ánimo.

- Como medio para reducir el estrés.
- Como una actividad social.

Sin embargo, no se infiere que la elección de *no* hacer ejercicio físico refleje una ausencia de este tipo de deseos o metas. Existen muchas barreras percibidas que contribuyen a las razones de los individuos para no hacer ejercicio, incluso cuando afirman de forma simultánea, por ejemplo, el deseo de perder peso. Las barreras que se suelen mencionar incluyen:

- Falta de tiempo.
- Coste.
- Falta de acceso a equipos e instalaciones adecuadas.
- Vergüenza.
- Falta de confianza en uno mismo.
- No tener a alguien con quien hacer ejercicio/no tener apoyo.

Se han encontrado diferencias en las creencias y actitudes hacia el ejercicio que tienen las personas que son activas y las que no lo son. Por ejemplo, los individuos que hacen ejercicio de forma habitual tienen más probabilidades de percibir resultados positivos del ejercicio físico que las personas que no lo hacen (Dzewaltowski, 1989), perciben menos barreras para hacer ejercicio (Marcus, Rakowski y Rossi, 1992), y creen que tienen en sus manos el control del ejercicio físico (Norman y Smith, 1995). Estos conocimientos individuales sobre la salud se analizan con más detalle en el Capítulo 6.

Conducta de realización de chequeos médicos

Hay dos objetivos generales para hacerse chequeos médicos:

1. Para detectar señales asintomáticas tempranas, lo cual permitirá un tratamiento precoz de las enfermedades.
2. Para identificar los factores de riesgo de enfermedad a fin de permitir un cambio de conducta.



¿Cuál es su comportamiento ante los chequeos médicos? ¿Acude usted al dentista para hacerse una revisión? ¿Acude usted incluso si han pasado seis meses sin que tenga ningún síntoma de problemas dentales? En caso negativo, analice las razones por las que no lo hace. Si el resultado de la revisión es que está usted «bien», ¿cómo se siente? ¿Cambia usted la forma en que cuida sus dientes debido a la tranquilidad de saber que están «sanos»?

¿Realiza usted algún tipo de chequeo personal (mama, testículos)? En caso afirmativo, ¿por qué empezó a hacerlo? ¿Qué es lo que influiría para que decidiera o no ir al médico, si encontrara algo anormal?

Chequeos para detectar enfermedades

Los chequeos realizados con el objetivo de detectar enfermedades se basan en un modelo biomédico que considera que, al identificar anomalías en las células o el funcionamiento orgánico, se pueden ofrecer tratamientos antes de que aparezcan o avancen los síntomas de la enfermedad. Se trata fundamentalmente de una prevención secundaria, en tanto en cuanto se ofrece una determinada prueba a los individuos identificados como de riesgo moderado a elevado de desarrollar una enfermedad en función de factores como su historial familiar o su edad. Los ejemplos mejor conocidos de este tipo de chequeos son:

- chequeos para la prevención del cáncer de mama (mamografías);
- chequeos para la prevención del cáncer cervical (citología);
- chequeos y pruebas específicas durante el embarazo, por ejemplo, para detectar el síndrome de Down o la espina bífida;
- chequeos periódicos de la densidad de los huesos.

Los programas de chequeos para el cáncer de mama y de útero se basan en el hecho de que la incidencia del primero es elevada y el tratamiento temprano puede reducir en un 40 por ciento la mortalidad asociada (Fletcher, Black, Harris *et al.*, 1993), y, aunque el cáncer de útero es menos frecuente (es aproximadamente el octavo tipo de cáncer más común entre las mujeres), la tasa de mortalidad relacionada con un cáncer de útero no tratado es elevada. El cáncer de útero es, de hecho, el primer tipo de cáncer entre las mujeres de menos de 35 años, aconsejándose hacerse citologías desde el principio de la edad adulta. La mayoría de los países occidentales tienen un programa de revisiones rutinarias para las mujeres que incluye una citología cada cinco años, invitándose en algunos países a las mujeres de más edad (mayores de 60 años) a hacerse una citología cada tres años. Las pruebas prenatales, como la amniocentesis, también intentan detectar enfermedades comprobando si los niveles de alfafetoproteína del suero materno son indicadores de la existencia de espina bífida o síndrome de Down. En este caso, se ofrece un chequeo rutinario, al menos en el Reino Unido, a las mujeres embarazadas de más de 30 años. Si la prueba es positiva, no hay opciones de tratamiento, sino que hay que tomar una decisión sobre si continuar con el embarazo o no. Otro ejemplo de revisión para detectar enfermedades, más común entre las mujeres (y hombres) adultos consiste en hacer chequeos para buscar indicios de deterioro de la densidad de los huesos y de osteoporosis. En este caso, el individuo que obtiene un resultado que indica que hay indicios tempranos de enfermedad ósea puede emprender acciones en cuanto a una mayor ingesta de calcio o a un mayor ejercicio de soporte de peso.

Chequeos para detectar factores de riesgo

El segundo objetivo general de los chequeos, el de detectar factores de riesgo en aquellos individuos que se cree que están sanos, parte del principio

de la vulnerabilidad. Con esta forma de proceder se pretende identificar el nivel de riesgo personal de un individuo de padecer enfermedades en el futuro (y, en el caso de las pruebas genéticas, también el nivel de riesgo de sus descendientes) para poder asesorar e informar sobre las formas de minimizar los futuros riesgos para la salud o, en su caso, para planificar más análisis y tratamientos. Los ejemplos de este tipo de chequeos incluyen:

- chequeo de riesgos cardiovasculares (medición y monitorización del colesterol y de la presión sanguínea);
- chequeo de los ojos para detectar diabetes, glaucoma o miopía;
- pruebas genéticas para ver si se tiene el gen de la enfermedad de Huntington, o del cáncer de mama o de colon;
- pruebas genéticas prenatales;
- chequeos durante el embarazo.

Como testimonio de la importancia de la prevención primaria, algunos programas municipales, o en el lugar de trabajo, ofrecen revisiones de la presión sanguínea y del colesterol, junto con una valoración de los factores relativos al estilo de vida y al historial familiar de enfermedades cardíacas. Estas pruebas y valoraciones generan un índice de vulnerabilidad general, o «índice de riesgo» personal relacionada con una morbilidad potencial. Por ejemplo, si se cree que el riesgo de una persona de padecer una enfermedad es moderado o elevado, se pueden sugerir medidas preventivas, como un cambio de dieta o el abandono del hábito de fumar. Para que los chequeos tengan un beneficio tanto para el individuo como para el sistema sanitario público, se requiere un cambio en la conducta de muchos de los que se ha identificado como individuos de riesgo de padecer enfermedades en el futuro. En los capítulos posteriores se hará evidente que la predicción del cambio de conducta es muy compleja (Capítulo 5), por lo que las intervenciones diseñadas para modificar la conducta de riesgo de los individuos tienen que superar muchas dificultades (Capítulos 6 y 7).

■ Pruebas genéticas

Una forma concreta de chequeos para identificar los factores de riesgo que merece la pena mencionar con más detalle son las pruebas de la vulnerabilidad genética. Con los adelantos de la tecnología que permite identificar qué personas son portadoras de genes que predisponen a la aparición de determinadas enfermedades (por ejemplo, los genes BRCA1 y BRCA2 para el cáncer de mama) o condiciones físicas (por ejemplo, el gen MC4R para la obesidad) que se han conseguido con programas de investigación científica como el Proyecto del Genoma Humano, algunos chequeos han empezado a ser más controvertidos. Stone y Stewart (1996: 4) afirman: «los beneficios de pruebas genéticas a gran escala para individuos, familias o para toda una sociedad, siguen siendo en gran medida una cuestión teórica. Hay una escasa evidencia que respalde la posibilidad de que el público en general perciba que es necesario hacerse pruebas genéticas».

Por el contrario, Braithwaite, Sutton y Steggle (2002) concluyen de su revisión de los estudios sobre determinadas pruebas genéticas del cáncer

hereditario que entre el 60 y el 80 por ciento de las muestras de población general estudiadas afirman tener un gran interés en este tipo de pruebas. Un historial familiar de cáncer suele aumentar el nivel de interés al 80 por ciento, y, al igual que en el caso de las revisiones y chequeos en general, se suele encontrar que el interés es mayor entre las muestras con mayor educación y mayor renta (por ejemplo, Lerman, Marshall y Caminero, 1996).



¿Qué implica que una persona se haya hecho una prueba para saber si es portador de un determinado gen? ¿Lo sabe? Se ha descubierto que el público en general no suele comprender las cuestiones de herencia genética, los genes recesivos o la penetrancia genética. Existe una evidente y creciente necesidad de educación e información sobre estas cuestiones a medida que se van identificando cada vez más genes que nos predisponen a padecer distintas enfermedades.

Costes y beneficios de los chequeos

Aunque han proliferado los programas de chequeos, tanto para la detección de enfermedades como para la identificación de factores de riesgo, sigue habiendo dudas sobre si tienen tantos beneficios para los individuos que se realizan las pruebas como para la sociedad en su conjunto. Además, algunas conclusiones ponen en duda que los beneficios de las pruebas (en cuanto a incitar cambios de conducta que reducen el riesgo de enfermedades para el individuo, o en cuanto a permitir tratar los primeros síntomas de la enfermedad y, por consiguiente, la amenaza de avance de la misma) justifican los costes económicos de poner en marcha programas de chequeos a gran escala.

Para intentar maximizar los beneficios de los chequeos, tanto para el individuo como para el conjunto de la sociedad, algunos investigadores han definido lo que consideran criterios necesarios para un programa de chequeos eficaz.

■ Criterios para crear programas de chequeos

Austoker (1994: 315) describe varios criterios en que debería basarse la introducción de los programas de chequeos diseñados para la pronta detección del cáncer de próstata, de ovarios y de testículos. Estos criterios se pueden aplicar de forma útil a todo tipo de pruebas para detectar enfermedades, y muchos también se pueden aplicar a las pruebas genéticas:

- La condición que se quiere detectar debe ser un problema de salud importante: es decir, prevalente y/o grave.
- Debe poder identificarse la enfermedad en una etapa temprana.
- El tratamiento en una etapa temprana debe tener claros beneficios para el individuo (por ejemplo, menor mortalidad) en comparación con un tratamiento en una etapa posterior.

Sensibilidad

(de una prueba):

La probabilidad de que una prueba sea correctamente positiva o negativa; por ejemplo, una prueba sensible puede tener un 95 por ciento de éxito para detectar una enfermedad entre los pacientes que se sabe que tienen la enfermedad, y un 95 por ciento de éxito al no detectar la enfermedad entre individuos que no la padecen.

Especificidad

(de una prueba):

La probabilidad de que una prueba dé algunos resultados falsos positivos o falsos negativos; la prueba es específica en la medida en que esta probabilidad es mínima.

- Debe existir una prueba adecuada con buena **sensibilidad y especificidad**.
- La prueba debe ser considerada aceptable por la población en general.
- Deben existir instalaciones adecuadas para el diagnóstico y el tratamiento.
- Debe alcanzarse un acuerdo sobre la frecuencia de las pruebas y de las pruebas de seguimiento.
- Deben analizarse los costes (para el individuo y para el sistema de atención sanitaria) respecto a los beneficios (para el individuo y en términos de sanidad pública).
- Debe poder identificarse cualquier subgrupo diana específico.

Sin embargo, es difícil concluir si algunos programas de chequeos satisfacen el criterio de que los beneficios serán mayores que los costes, que es uno de los definidos por Austoker. Por ejemplo, aunque las pruebas están abordando las cuestiones relativas a la salud pública, la prevención de enfermedades y la detección de las mismas, es importante no perder de vista al individuo. Marteau y Kinmouth (2002: 78) observan:

El planteamiento tradicional de la salud pública sobre los chequeos médicos tiene en cuenta los beneficios que tendría para la población reducir la morbilidad y la mortalidad, cuestiones que, supuestamente, no deben ser valoradas por los individuos cuando toman la decisión de someterse o no a los chequeos. Al seguir este planteamiento, la información que acompaña a la recomendación (de someterse a un chequeo) tiende a ser breve, poniendo el énfasis en los beneficios para la sanidad general y no para el individuo en particular.

Esto sugiere que en la actualidad no se están cumpliendo totalmente los procedimientos de elección informada (por los que el individuo tiene una información completa antes de tomar su decisión). Estos autores afirman que posibilitar una elección totalmente informada requeriría dar a conocer a los pacientes potenciales los posibles resultados adversos del chequeo y los beneficios limitados de pronóstico de algunos tratamientos (si hay tratamientos disponibles) para algunos individuos. Esto puede disuadir de la realización de las pruebas a de algunos de aquellos que, de hecho, se beneficiarían de una detección y un tratamiento tempranos.

En el caso de los chequeos genéticos, por ejemplo, para identificar si un individuo es portador del gen que predispone al desarrollo de la enfermedad de Huntington (una enfermedad que aparece en la edad adulta) realmente no existe nada que se pueda hacer para cambiar el riesgo que tiene un individuo de contraer la enfermedad y, por tanto, algunos dudan del valor de someterse a las pruebas, salvo para preparar al individuo para lo que puede padecer en el futuro. Por el contrario, algunos individuos, al ser identificados como portadores del gen BRCA1 o del BRCA2 del cáncer de mama, optan por una cirugía profiláctica (es decir, la extirpación del pecho) para impedir la aparición de la enfermedad (Lerman, Hughes, Croyle *et al.*, 2000).

Es evidente que resulta difícil controlar dónde obtienen las personas la información sobre la salud; por ejemplo, aquellos que están analizando la posibilidad de someterse a cualquier tipo de chequeo médico, incluyendo

pruebas genéticas, no consultarán únicamente a los profesionales de la salud para obtener información. Se ha encontrado, por ejemplo, que en la UE una media del 23 por ciento de la población utiliza Internet para encontrar información sanitaria y, en algunos países, como en Dinamarca, se duplica esa cifra (Jørgensen y Gøtzsche, 2004). Estos autores realizaron una revisión a gran escala del tipo de información que se presenta en los sitios web de organizaciones nacionales e internacionales sobre las mamografías para detectar el cáncer de mama. Concluyeron que, en muchos casos, la información era confusa y estaba sesgada hacia el sometimiento a los chequeos, proporcionando una limitada información sobre la posibilidad de un falso positivo o un falso negativo, tanto como sobre los efectos potencialmente adversos de los chequeos. Pocos sitios web informaban a los lectores de la evidencia limitada que existe sobre la reducción del riesgo de mortalidad entre los que se someten a los chequeos comparados con las personas que no lo hacen (que, de hecho, es una reducción de tan sólo aproximadamente el 0,1% del riesgo relativo de cáncer de mama en un periodo de diez años). La exageración de los beneficios de las pruebas, o la minimización de los riesgos potenciales o de las consecuencias negativas de las pruebas, no proporcionan al individuo la posibilidad de hacer una elección totalmente informada.

Si se produce cualquier tipo de cambio de política hacia la toma de decisiones compartida y a una elección totalmente informada por parte del paciente en el campo de las pruebas médicas, habrá que considerar de manera específica los efectos que éstos tienen sobre el individuo (en cuanto a sus consecuencias emocionales y de conducta) para que pueda evaluarlas totalmente.

Por tanto, los chequeos constituyen una práctica en aumento en el marco de la medicina preventiva en el mundo industrializado, y las pruebas genéticas están convirtiéndose en una cuestión candente en el siglo XXI. Algunos tipos de chequeos han sido definidos como objetivos a largo plazo de la salud pública, como los chequeos masivos para detectar el gen de la fibrosis quística entre parejas durante el embarazo (Stone y Stewart, 1996). Los chequeos médicos, independientemente del tipo de enfermedad o factor del riesgo que se quiera detectar, no son obligatorios de momento y, por tanto, el hecho de que pocas personas aprovechen las oportunidades de los chequeos influye negativamente en la posibilidad de evitar o reducir el riesgo de contraer determinadas enfermedades que sí habrían podido controlarse con una identificación temprana como consecuencia de un chequeo hecho a tiempo.

Como se ha mostrado, los chequeos médicos abarcan muchas enfermedades y problemas que se pueden desarrollar a lo largo de la vida, pero requieren que el individuo acuda a una cita para realizarse las pruebas. Sin embargo, existen otras formas de chequeos médicos que permiten que el individuo se haga el chequeo a sí mismo.

Conducta de auto-exploración

La revisión personal o autochequeo se aconseja y se estudia más en relación con la detección temprana del cáncer de mama, aunque en los últimos tiempos se está prestando más atención a la autoexploración testicular y

de la piel. Entre las mujeres, el cáncer de mama es la causa más frecuente de muerte por cáncer (aunque está aumentando la incidencia del cáncer de pulmón entre las mujeres) y, a pesar del creciente número de programas de chequeos disponibles en los sistemas de atención sanitaria, hasta el 90 por ciento de todos los cánceres de mama se detectan primero mediante una autoexploración. Entre los varones, el cáncer testicular es el tipo de cáncer más frecuente y la segunda causa de muerte entre los que tienen entre 15 y 35 años. Es posible sobrevivir al cáncer testicular en el 95-100 por ciento de los casos si se detecta pronto la enfermedad; sin embargo, más del 50 por ciento de los casos se presentan a los profesionales sanitarios después de que haya pasado la primera etapa tratable. De la misma manera, la incidencia del cáncer de piel también está aumentando, sobre todo entre los que tienen de 20 a 40 años y, sin embargo, la pronta detección de las lesiones de piel mediante una autoexploración puede llevar a elevadas tasas de curación (McCarthy y Shaw, 1989; Eiser, Eiser y Pauwels, 1993).

Aunque la mayoría de los estudios sobre la conducta de autoexploración de la piel y de protección de ésta (utilización de cremas de protección solar, no ir a sesiones de bronceado artificial) proviene de Australia, donde la incidencia del cáncer de piel es elevada, un estudio británico realizado entre estudiantes universitarios encontró que las mujeres, aunque estaban más preparadas para proteger su piel, también adjudicaban un mayor valor a la conducta de broncearse (Eiser, Eiser y Pauwels, 1993). Esta diferencia por sexo sugiere la necesidad de intervenciones para abordar el valor otorgado por los individuos a una «conducta de riesgo», algo a lo que hicimos referencia en el capítulo anterior cuando analizábamos las razones de la conducta de fumar.

Aunque las campañas de salud han intentado promocionar una conducta de autoexploración, como las descritas anteriormente, de hecho ha habido cierta controversia sobre la eficacia de la autoexploración de la mama. Un estudio que ha contribuido a esta controversia es el realizado durante diez años en Shanghai, China (Thomas, Gao, Ray *et al.*, 2002), que se describe con más detalle en el siguiente cuadro sobre HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN).

Hallazgos de la investigación

¿Es eficaz la autoexploración para detectar enfermedades?

Thomas, D. B., Gao, D. L., Ray, R. M., Wang, W. W. *et al.* (2002). Randomized trial of breast self-examination in Shanghai—final results. *Journal of the National Cancer Institute*, 94: 1445-1457.

Antecedentes

Aunque se admite que la autoexploración de mama es un método que aumenta la detección de tejido canceroso en la mama en una etapa temprana y tratable, la evidencia sobre el posterior incremento de la supervivencia entre las personas que tienen tumores detecta-

dos y tratados tras una autoexploración de mama no es concluyente. Por tanto, el objetivo de este estudio fue realizar una prueba controlada aleatoriamente de una intervención en la que se enseñaba a realizar la autoexploración de la mama, para analizar si se producía menor mortalidad por cáncer de mama entre las mujeres a las que se había enseñado y practicaban la autoexploración, frente a aquellas que no lo habían hecho.

Método

Participantes

En 1988 se reclutó a 289.392 mujeres nacidas entre 1925 y 1958 que trabajaban en fábricas del sector textil de Shangai (es decir, mayores de 30 años). Posteriormente se excluyó a más de 22.000 por cambios de circunstancias, enfermedades mentales o físicas, su negativa a seguir participando, su fallecimiento, haber omitido las medidas de la línea base o debido a tener un historial de cáncer de mama (1.336 individuos). Por tanto, la muestra final fue de 266.064.

Diseño

Se eligieron las fábricas de forma aleatoria y en ellas se asignaron al azar sujetos al grupo de intervención (GI, 132.979 mujeres) y al grupo de control (GC, 133.085).

Medidas

Se analizó la destreza en la realización de la autoexploración de mama en una muestra aleatoria de más de 2.400 mujeres en el GI y en el GC, de forma que las mujeres mostraron su técnica de examen para detectar el cáncer de mama en modelos de silicona que tenían distinto número de bultos a detectar. Las mujeres también indicaron la frecuencia con la que se hacían la autoexploración.

Procedimiento

Se instruyó a las mujeres del GI sobre la forma y el momento de realizar la autoexploración de la mama en grupos de diez, entrenadas por profesionales médicos con una formación especializada. Se mostraron las técnicas, se pusieron en práctica y se debatieron. Al cabo de uno y tres años se realizaron sesiones de refuerzo; durante el primer año se realizaron prácticas de autoexploración de mama bajo supervisión médica cada tres meses y cada seis meses en los años 2 a 5; también se envió a las participantes recordatorios periódicos a su casa y a su trabajo. Por el contrario, las participantes del grupo de control no recibieron ningún tipo de formación o información sobre la autoexploración de mama pero, al mismo tiempo que se realizó la segunda sesión de refuerzo en el grupo de intervención, recibieron una sesión informativa sobre prevención del dolor de espalda (para proporcionar un punto de atención sobre la salud entre estas participantes con el objetivo de promover su participación continuada en el programa).

Los procedimientos de seguimiento fueron rigurosos, utilizando trabajadores médicos de la fábrica que recopilaron informes sobre detección de bultos en el pecho y remitían a las mujeres con bultos o anomalías confirmadas a los cirujanos del hospital para su evaluación. Las decisiones médicas (sobre biopsia, derivación, diagnóstico y tratamiento) quedaron todas registradas. El personal del hospital no tenía conocimiento del grupo al que pertenecían las mujeres, es decir, se trataba de un diseño ciego. Los registros médicos de las mujeres con tumores confirmados (tanto benignos como malignos) fueron analizados por profesionales preparados. Se registraron los detalles sobre el tamaño y propaga-

ción de los tumores malignos, y si había ganglios linfáticos afectados (lo que indica un riesgo potencial para la propagación).

Se identificaron las muertes hasta finales de 2000 a partir de los registros clínicos y de los registros regionales y, si de esta forma no se conseguía tener una evaluación actualizada, se visitaron los domicilios de las mujeres. Se definió la muerte por cáncer de mama como todo aquel fallecimiento que no se hubiera producido en ese momento si no hubiera habido un cáncer de mama.

Resultados

El análisis tuvo en cuenta los factores demográficos iniciales (por ejemplo, edad, consumo de alcohol y tabaco) y los factores de riesgo de contraer cáncer de mama (por ejemplo, número y edad de los embarazos, edad de la menopausia, historial familiar de cáncer de mama) y se concluyó que no había diferencias entre las mujeres del grupo de intervención y las del grupo de control. Además, a diferencia de muchos otros países, los trabajadores de las fábricas chinas tienen limitada su elección del hospital: cada fábrica ofrece atención médica primaria y, cuando es necesario, remite a un hospital concreto concertado para esa fábrica. No hubo efectos del hospital en cuanto a factores de riesgo iniciales de las mujeres de uno u otro grupo, y los grupos compartían la afiliación a los mismos hospitales, por lo que las instalaciones de diagnóstico y tratamiento de que disponía cada grupo eran comparables.

Las mujeres del grupo de intervención mostraron buenos niveles de competencia en la realización de la autoexploración de mama, aunque fue disminuyendo a lo largo del tiempo. En este grupo se encontraron mayor proporción de anomalías mamarias que en el grupo de control, aunque el número de cánceres diagnosticados fue similar en ambos grupos para cada año de la prueba tras el primero. Sin embargo, las mujeres del grupo de intervención que detectaron bultos que posteriormente se descubrió que eran malignos no los detectaron en una etapa suficientemente temprana como para suponer una ventaja en cuanto a tratamientos que podrían haber aumentado la tasa de supervivencia. El estudio no encontró ningún efecto significativo de la autoexploración de mama sobre la supervivencia en un periodo de 10-11 años, y en cada grupo hubo un porcentaje idéntico de mujeres que desarrollaron un cáncer de mama y murieron por esta causa (0,1%).

Discusión

Aunque los autores afirman que se detectan más bultos entre las mujeres que realizaban la autoexploración de mama (grupo de intervención), un mayor número de éstos resultaron ser benignos. La identificación de los bultos, que implicó un incremento importante en la cantidad de biopsias realizadas (muchos de los bultos resultaron ser benignos) tiene importantes implicaciones económicas.

Los autores concluyeron que es improbable que la autoexploración de mama reduzca la mortalidad debido a este tipo de cáncer y, dados estos resultados y otras conclusiones parecidas anteriores, se han minimizado generalmente las recomendaciones de realizar una autoexploración de mama, aunque algunas autoridades siguen promoviendo esta práctica (por ejemplo, la American Cancer Society).

Conclusión

Se trata de un estudio a gran escala bien realizado, que tiene muy en cuenta los factores que podrían haber influido sobre los resultados recurriendo a un riguroso análisis de los

datos clínicos y contextuales y mediante rigurosos procedimientos de seguimiento. Sin embargo, una limitación es que los datos relativos a la frecuencia de los exámenes propios de mama son limitados y carecen de especificidad (se informaba sobre ello sencillamente como exámenes «mensuales») y, por tanto, no está clara la frecuencia con la que el grupo de intervención estaba realizando realmente la autoexploración de mama fuera de las sesiones supervisadas. Por tanto, la conclusión no debiera ser, sin más, que la *educación* sobre la autoexploración de la mama no obtiene beneficios en términos de supervivencia, sino que es necesario seguir analizando para evaluar la frecuencia con más rigor. Para otros investigadores será un gran reto poder obtener una muestra de tamaño similar y un compromiso con las sesiones de seguimiento a largo plazo similares a los que obtuvieron Thomas y colaboradores.

Realización de la conducta de chequeo

La psicología, sobre todo la psicología de la salud y la psicología social, tiene un importante papel que desempeñar para ayudar a identificar los factores predictores de la participación en los programas de chequeos, tales como las actitudes y creencias de los individuos sobre las enfermedades, los chequeos y las conductas preventivas. Aunque la creciente disponibilidad de programas de chequeos para muchas enfermedades y los factores de riesgo de enfermedad parece haber aumentado la participación, la participación general sigue estando a un nivel inferior al que se considera óptimo en cuanto a reducción de enfermedades desde el punto de vista social.

■ Factores relacionados con la conducta de participación en chequeos

Se han encontrado una serie de factores que están relacionados con la no participación en los programas de chequeo o con la no realización de conductas autoexploratorias, entre los que se encuentran:

- nivel educativo, económico y de renta bajos;
- edad (por ejemplo, las mujeres más jóvenes tienden a no hacerse chequeos para detectar posibles factores de riesgo);
- falta de conocimiento sobre el problema a prevenir;
- falta de conocimiento sobre el objetivo del chequeo;
- falta de conocimiento sobre los resultados potenciales del chequeo;
- sentimiento de vergüenza sobre los procedimientos implicados en la prueba;
- miedo a que se detecte «algo malo»;
- miedo a padecer dolor o incomodidad durante el procedimiento;
- falta de confianza en uno mismo (auto-eficacia, véase el Capítulo 5) en cuanto a la capacidad de realizar correctamente la autoexploración.

En cuanto a las conductas autoexploratorias, el conocimiento del cáncer testicular y la práctica de la autoexploración se encuentran, en términos generales, en un nivel bajo. Los estudios sobre la autoexploración de mama han concluido que, incluso entre las mujeres que lo realizan, muchas no lo hacen correctamente (es decir, lo ideal sería que se realizara a mediados del ciclo menstrual en posición de pie y tumbada, y debería incluir un examen de todo el tejido del pecho, del pezón y de las axilas). De forma preocupante, un estudio reciente (Steadman y Quine, 2004) confirmaba un reducido nivel de conocimiento entre los jóvenes varones sobre el cáncer testicular, y también se encontró un escaso nivel de conocimientos sobre los beneficios potenciales de la autoexploración. Este estudio demostró que una simple intervención, que pedía a la mitad de los participantes que describieran y dibujaran cuándo, dónde y cómo realizarían el autoexamen testicular durante las tres semanas siguientes dio lugar a una proporción significativamente mayor de realización de la autoexploración que la que se encontró en el grupo de control, que no hizo semejante ejercicio. Este estudio demuestra la relativa facilidad con la que se puede cambiar una conducta, aunque sería beneficioso hacer un seguimiento a más largo plazo para comprobar si las prácticas de autoexploración se mantuvieron más allá del periodo de estudio. Esta intervención se centraba específicamente en hacer un plan de acción individualizado, lo que en psicología de la salud se conoce como una «intención de implementación». En el próximo capítulo se describe este concepto y la investigación que respalda su utilidad práctica para desarrollar intervenciones.

Conducta de vacunación

El objetivo de la vacunación

Antígeno

Proteína específica que se encuentra en la superficie de un patógeno que permite al sistema inmunológico reconocerlo como una sustancia extraña y, por tanto, producir los anticuerpos para combatirla. Las vacunas introducen en el cuerpo virus o bacterias especialmente preparados que llevan estos antígenos.

La vacunación es la forma más antigua de inmunización, por la que se proporciona inmunidad a un individuo introduciendo una pequeña cantidad de un **antígeno** en el cuerpo (ya sea por vía oral, intramuscular o subcutánea), lo que desencadena el desarrollo de anticuerpos a ese antígeno específico. Algunas vacunas, como la vacuna contra la polio administrada por vía oral, el sarampión, las paperas y la rubéola, utilizan componentes vivos, mientras que otras, como la vacuna contra la hepatitis B, utilizan componentes inactivos. Las vacunaciones contra enfermedades infecciosas son responsables de la erradicación de enfermedades que en siglos anteriores habían provocado una morbilidad y mortalidad generalizadas, como la viruela, la difteria y la polio (por ejemplo, Woolf, 1996). Los especialistas en sanidad pública consideran que las vacunas son seguras y tienen éxito y, al menos en los países desarrollados, la incidencia de muchas enfermedades comunes, predominantemente de la infancia, como el sarampión, es baja. Sin embargo, las enfermedades infecciosas siguen causando aproximadamente 17 millones de muertes en los países en desarrollo, y medio millón de muertes en los países industrializados (BMA, 2003a). Aunque la

vacunación se ofrece a diversos subgrupos de la población, como la vacuna contra la gripe para las personas mayores o las que tienen una condición previa que aumenta su vulnerabilidad a la infección (por ejemplo, asma), el principal énfasis de la vacunación se pone sobre la prevención de las enfermedades de la infancia. En el Reino Unido la política consiste en aconsejar a los padres que vacunen a sus hijos, como se muestra en la Tabla 4.1².

Tabla 4.1 Política de vacunación en el Reino Unido

Edad	Vacuna	Medio de administración
2 a 4 meses	Polio	Vía oral
	Difteria, tétanos, tos ferina, y gripe hemofilus tipo b)	Inyección conjunta
12 a 15 meses	Meningitis C	Inyección
	Sarampión, paperas y rubéola	Inyección conjunta
3 a 5 años	Polio	Vía oral
	Difteria, tétanos y tos ferina acélular	Inyección conjunta
10 a 14 años	Sarampión, paperas y rubéola	Inyección conjunta
	Rubéola (chicas)	Inyección
15 a 18 años	Tuberculosis	Inyección
	Recordatorio del tétanos	Inyección
	Recordatorio de la polio	Inyección

La política de salud pública consiste en proporcionar vacunas que proporcionan una protección duradera ante enfermedades concretas sin consecuencias negativas para el individuo, y siendo mayor el coste de tratar la enfermedad si no se proporciona la vacuna que el coste de la vacunación. Sin embargo, la cobertura de la vacunación varía en las distintas partes del mundo, e incluso en distintas regiones de un mismo país, con una creciente preocupación por el hecho de que algunas enfermedades, como la tos ferina y el sarampión, pueden resurgir porque la vacunación no ha alcanzado el nivel adecuado.

Costes y beneficios de la vacunación

A lo largo del último siglo han quedado patentes los beneficios a gran escala de los programas de vacunación infantil. En la actualidad no es normal que un niño que viva en Occidente, y cada vez más en países en vías de desarrollo donde se promueven programas de vacunación, muera por sarampión, difteria o polio. La Organización Mundial de la Salud había fijado el objetivo de lograr la vacunación casi universal para 2000 y,

² *N. de los R.*: En España, el calendario de vacunación infantil varía según las Comunidades Autónomas. En la Comunidad de Madrid, el calendario vigente desde el 1 de noviembre de 2006 es el siguiente: a los dos meses de edad, se aplican las vacunas contra el tétanos, difteria, tos ferina, haemophilus influenzae tipo B, poliomeilitis, neumococo conjugada y meningitis C. A los cuatro y seis meses se da la segunda dosis de estas mismas vacunas (excepto a los seis meses, que no se repite la de la meningitis C). A los quince meses, la triple vírica y la tercera dosis de la meningitis C. A los 18 meses, las mismas que a los seis. A los cuatro años, tétanos, difteria tos ferina y triple vírica. Y, por último, a los 14 años, tétanos y difteria.

en 1997, había una gran esperanza de lograr la inmunidad de la población contra el sarampión, al menos en Gran Bretaña, ya que la vacunación llegaba al 97 por ciento (Bellaby, 2003).

Sin embargo, el impacto a nivel popular de las conclusiones de un estudio de 1998 que informaba sobre los efectos negativos de la vacuna combinada del sarampión, las paperas y la rubéola es «culpable», en gran medida, de una reducción de la tasa de vacunación, provocada por la falta de confianza por parte del público. El debate público sobre la seguridad de las vacunas se ha generalizado, pero ha sido más intenso respecto a la vacuna combinada del sarampión, las paperas y la rubéola, introducida en el mercado por primera vez en 1988. Este problema se aborda en el siguiente cuadro EN EL PUNTO DE MIRA.

Mientras que las variables socioeconómicas, tales como el bajo nivel educativo, se han relacionado con que las personas se vacunen (por ejemplo, New y Senior, 1991; véase también el Capítulo 2), también lo están las variables emocionales y cognitivas. Por ejemplo, Bennett y Smith (1992) estudiaron el estado de vacunación de 300 niños con edades comprendidas entre 2 y 2,5 años en Gales y encontraron que los padres que no habían llevado a sus hijos a vacunar mostraban ansiedad sobre los riesgos de la vacunación, así como una percepción de escasos beneficios potenciales de la misma. Las creencias como éstas y la evidencia empírica relacionada con su utilidad para explicar los comportamientos saludables se examinarán en el Capítulo 5.

En el punto de mira

El debate sobre la inmunización y la vacuna del sarampión, las paperas y la rubéola

Para lograr la inmunización de la población, la aplicación de la vacuna del sarampión debe alcanzar entre el 92 y el 95 por ciento (BMA, 2003b). La cifra de la aplicación en 2001 de la vacuna SPR (sarampión, paperas, rubéola) en el Reino Unido era inferior al 90 por ciento, lo que significa una disminución de varios puntos. En Escocia, la cobertura de la SPR disminuyó del 93,2 por ciento en 2000 al 88,5 por ciento en 2001, mientras que el nivel de aplicación de la vacuna para la meningitis C era del 93,7 por ciento. ¿Por qué se aplica más una vacuna que la otra? Es posible que se deba, en parte a las distintas percepciones sobre las enfermedades en cuestión (la meningitis es temida casi universalmente, mientras que el sarampión se considera como una enfermedad menos grave); también, en parte, debido a la forma en que los profesionales de la salud defienden cada una de las vacunas (por ejemplo, New y Senior, 1991) y también debido al tipo de notoriedad que han alcanzado cada una de las enfermedades/vacunas.

La preocupación sobre la inmunización y la vacunación no es nueva, pero en los últimos años ha resurgido el debate por la supuesta relación entre la vacuna del sarampión, las paperas y la rubéola y el autismo, y, en menor medida (al menos en cuanto a notoriedad

en los medios), a la enfermedad inflamatoria intestinal. La preocupación difundida por los medios de comunicación suele revertir en preocupación de los padres y, por ello, a generar una significativa disminución del porcentaje de niños vacunados contra estas enfermedades.

¿Qué desencadenó el debate en los medios?

Wakefield, Murch, Anthony *et al.* (1998) publicaron un artículo en una revista médica muy respetada, *The Lancet*, en el que se especulaba con la posibilidad de que existiera una relación entre la vacuna SRP y el autismo y/o la enfermedad inflamatoria intestinal. Sus conclusiones se obtuvieron a partir del hallazgo de que 9 de los 12 niños sometidos a pruebas por problemas gastroenterólogos habían recibido diagnóstico de algún tipo de autismo. En ocho casos los padres atribuyeron la aparición de los primeros síntomas al periodo posterior a la vacunación contra el sarampión, las paperas y la rubéola. Sin embargo, este estudio estaba seriamente limitado por el pequeño tamaño de la muestra, y la relación sólo era especulativa, pero los medios no destacaron estas deficiencias. Se han producido otros muchos estudios a mayor escala tras el artículo de Wakefield *et al.*, como el estudio de Peltola, Patja, Leinikki *et al.*, (1998), que no encontró ninguna evidencia de una relación entre la vacuna SRP, el autismo y la enfermedad inflamatoria intestinal a pesar de hacer un estudio prospectivo de 14 años; o el estudio de Taylor, Miller, Farrington *et al.* (1999), que revisó a 500 niños con autismo nacidos entre 1979 y 1994 y no encontró ningún aumento de los casos de autismo relacionado con la introducción de la vacuna SRP en 1988 y ninguna diferencia en cuanto a la edad del diagnóstico del autismo entre los que habían sido vacunados y los que no (Taylor *et al.*, 1999). Taylor y colaboradores han confirmado más recientemente estas conclusiones en un estudio de la población realizado en cinco distritos sanitarios de Inglaterra (Taylor, Millar, Lingam *et al.*, 2002).

A pesar del continuo debate en los medios, existe pues escasa evidencia actual que respalde esa relación. La postura actual de la OMS y, por tanto, de las autoridades médicas de otros países, es que no hay ninguna relación entre la vacuna SRP y el autismo o la enfermedad inflamatoria intestinal comprobada por estudios metodológicamente válidos.

Sin embargo, el temor de los padres se mantiene, junto con cierto cinismo de la profesión médica cuando declara sobre esta cuestión. Una opción propuesta para abordar esta preocupación por el hecho de que la vacuna conjunta sea problemática sería ofrecer vacunas separadas para el sarampión, las paperas y la rubéola. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud se muestra contraria a esta opción afirmando que el mayor periodo de tiempo necesario para dar las tres vacunas por separado aumentaría el nivel general de inaplicación del programa de vacunación, lo que expone a los niños a infecciones y aumenta la probabilidad de que se produzca una epidemia. Los padres preocupados destacan el hecho de que algunos países, como Francia, ofrecen las vacunas de forma independiente a los bebés con entre 9 y 12 meses (aunque se suele dar en forma SRP combinada posteriormente) y utilizan este hecho para respaldar el argumento de que la vacuna SRP no es segura.

Cosas sobre las que pensar e investigar por su cuenta

¿Cree usted que vacunará a su/s hijo/s en el futuro? ¿Cree usted que todas las vacunas tienen la misma importancia, o ponderaría usted los pros y contras de cada una? ¿Dónde puede la gente encontrar evidencia fiable de los pros y contras de la vacunación?

¿Cómo cree usted que podrían los profesionales de la salud convencer mejor al público de las ventajas de la vacunación? ¿Qué hacen «mal» los responsables políticos y los portavoces de la sanidad pública al comunicar la necesidad de la vacunación?

Resumen

En este capítulo se ha realizado una revisión de una serie de conductas que se suelen describir como «inmunógenos conductuales»: conductas que actúan como forma de proteger o mejorar la salud de un individuo. Una falta de «inmunógenos», o un nivel reducido de los mismos, también resulta perjudicial para la salud, como queda reflejado por el crecimiento de las cifras de la obesidad (*véase* el Capítulo 3) atribuible, en parte, a los reducidos niveles de ejercicio físico. Dada la convincente evidencia de la relación entre conducta y enfermedad revisada en este capítulo y en el Capítulo 3, tal vez se nos podría disculpar por esperar que la mayoría de la gente se comporte de forma que proteja su salud. Sin embargo, no es eso lo que reflejan las estadísticas, y cada vez resulta más patente que hay muchos factores que influyen en la ejecución de conductas de salud. El Capítulo 5 describe las teorías y modelos psicosociales más relevantes sobre comportamiento saludable que dominan el pensamiento actual de la investigación de la psicología de la salud.

Lecturas recomendadas

- Pitts, M. (1996). *The Psychology of Preventative Health*. London: Routledge.
- Hopwood, P. (1997). Psychological issues in cancer genetics: current issues and future priorities. *Patient Education and Counselling*, 32: 19-31.

Predicción de la conducta de salud

CAPÍTULO

5

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- Cómo influyen los factores sociales y cognitivos en el inicio de una conducta de salud o de riesgo.
- Los componentes de algunos de los modelos psicológicos clave sobre conductas saludables.
- Cómo difieren los modelos «estáticos» de los modelos de «etapas» en cuanto a cómo consideran los procesos de cambio de conducta.
- La evidencia empírica que avala la consideración de ciertos factores cognitivos y sociales como predictores del comportamiento saludable y el cambio conductual.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

Los dos capítulos anteriores han descrito la conducta que se relaciona con la salud y la enfermedad. Este capítulo pretende describir los modelos teóricos clave que se han propuesto y verificado en cuanto a su capacidad de explicar y predecir por qué la gente adopta una conducta de promoción de la salud o de riesgo para la salud. La personalidad, las creencias y las actitudes desempeñan un papel importante en la motivación de la conducta, al igual que nuestras metas e intenciones, circunstancias sociales y normas sociales. Se describen y critican los modelos psicológicos más importantes y sus componentes, utilizando la evidencia de los estudios sobre una diversa gama de conductas de salud. Aunque nuestra comprensión de la conducta de salud sigue siendo incompleta debido a la complejidad de influencias que afectan de forma general a la conducta de los seres humanos, los estudios empíricos descritos han identificado muchas influencias significativas y modificables sobre la salud y la conducta de salud que ofrecen objetivos potenciales para la futura promoción y educación para la salud.

Influencias sobre la conducta de salud

Una forma de analizar los factores que permiten predecir la conducta de salud consiste en considerar que determinadas influencias son «distales», como la situación socioeconómica, la edad, el grupo étnico, el sexo y la personalidad, y otras como de influencia «próxima», como las creencias y actitudes particulares hacia una conducta promotora de la salud o perjudicial para la misma. Esta división es, en cierta medida, arbitraria, pero pretende reflejar el hecho de que algunas influencias actúan sobre la conducta a través de sus efectos sobre otros factores, como las actitudes, creencias o metas de un individuo. Por ejemplo, existe una evidencia razonablemente consistente de que los individuos de los grupos socioeconómicos más bajos beben más, fuman más, hacen menos ejercicio y tienen una dieta menos saludable que las personas de los grupos socioeconómicos más elevados, tanto en el Reino Unido como en otros países de la Unión Europea (por ejemplo, Cavelaars, Kunst y Mackenbach, 1997; Health Promotion Authority for Wales, 1996), pero esta conclusión no explica totalmente «el porqué» es así (véase el Capítulo 2 para un análisis exhaustivo de las desigualdades socioeconómicas de la salud). Se pueden ofrecer más explicaciones a través de los estudios que han encontrado (como se describe en el Capítulo 1) que la clase social afecta a las percepciones sobre la salud. Estas percepciones podrían considerarse «más cercanas» a la conducta (más próximas) y también ofrecerían un objetivo de la intervención potencialmente más fácil de modificar que si se tratara de cambiar la clase social. Por tanto, las creencias pueden **mediar** en los efectos de las influencias más distantes, pudiéndose contrastar esta hipótesis estadísticamente.

En lo que respecta a la edad, la conducta de salud que recibe la mayor parte de la atención de los especialistas en educación, salud pública y medicina (por ejemplo, fumar, beber alcohol, sexo sin protección, ejercicio y dieta) son patrones de conducta fijados en la infancia o en la temprana edad adulta. Por ejemplo, según la encuesta de 1996 General Household Survey del Reino Unido, el 82 por ciento de los fumadores empezó a fumar en la adolescencia (Thomas, Walker, Wilmot y Bennett, 1998). Sin embargo, las actitudes también cambian en esta época. Normalmente, los adolescentes empiezan a buscar su autonomía (independencia), lo que puede incluir tomar decisiones relativas a la salud por sí mismos: por ejemplo, si van a empezar a fumar o no, o si se van a lavar los dientes o no antes de irse a dormir. Las influencias sobre los procesos de decisión, las actitudes y la conducta cambian durante estos años, dando más crédito a las actitudes, creencias, valores y conductas de sus iguales que a los consejos o actitudes de los padres o profesores (por ejemplo, Chassin, Presson, Rose y Sherman, 1996; Hendry y Kloep, 2002). Al intentar definir un sentido de identidad entre su grupo de iguales, tal vez no sea sorprendente que, para algunos adolescentes, se incluya el inicio de una conducta de «riesgo» como parte de una rebeldía contra la autoridad o porque la conducta es considerada una conducta «que mola» o sofisticada y de adultos (Camp, Klesges y Relyea, 1993; Michell y Amos, 1997).

Mediar/mediador

Algunas variables pueden mediar en los efectos de otras sobre un determinado resultado; por ejemplo, las creencias de los individuos pueden mediar en los efectos del sexo sobre la conducta, de forma que se diría que los efectos del sexo son indirectos, en vez de directos, y las creencias serían variables mediadoras.

Muchos modelos de comportamientos saludables han sido propuestos y verificados en términos de su capacidad para explicar y predecir la práctica, o no práctica, ya sea de una conducta de riesgo ya de promoción de la salud, a través del análisis de las actitudes y creencias sobre la salud que tiene el individuo. Este capítulo se centra en los componentes cognitivos, sociales y actitudinales de estos modelos; sin embargo, primero vamos a revisar a grandes rasgos las influencias generales sobre la conducta.

Personalidad

La personalidad es, hablando en términos generales, lo que hace que los individuos se diferencien entre sí, en tanto en cuanto cada uno de nosotros piensa y se comporta de una forma característica, mostrando unos rasgos que son especialmente permanentes independientemente de las características situacionales específicas. Diferentes investigadores han propuesto distintos tipos de rasgos o dimensiones clave de la personalidad; aquí se presentan dos de los ejemplos más importantes.

El modelo de los tres factores de Eysenck

1. *Extraversión* (carácter social abierto): diametralmente opuesto a la *introversión* (carácter solitario, tímido).
2. *Neuroticismo* (carácter ansioso, preocupado, con sentimiento de culpa): diametralmente opuesto a la *estabilidad emocional* (carácter relajado, satisfecho).
3. *Psicoticismo* (carácter egocéntrico, agresivo, antisocial): diametralmente opuesto a *autocontrol* (carácter agradable, considerado, obediente).

Según Eysenck (1970, 1991) la personalidad del individuo se refleja en las puntuaciones que recibe cada persona en cada una de estas tres dimensiones; por ejemplo, un individuo puede tener una puntuación positiva y elevada en neuroticismo y extraversión, pero negativa en psicoticismo, mientras que otro puede tener una puntuación positiva y elevada en neuroticismo y negativa y elevada en extraversión y psicoticismo. Estos tres factores han recibido mucho respaldo de los estudios empíricos y se consideran factores válidos y sólidos de la personalidad (Kline, 1993). Sin embargo, existe otro modelo, que se suele mencionar como el de los «cinco grandes» (Big Five) (McCrae y Costa, 1987, 1990), que identifica cinco grandes dimensiones de la personalidad.

Modelo de los cinco factores de McCrae y Costa

1. Neuroticismo.
2. Extraversión.
3. Apertura (a la experiencia).
4. Afabilidad.
5. Responsabilidad.

Estos cinco grandes factores han sido validados posteriormente en distintas culturas (con excepción de responsabilidad) y en diferentes momentos de la vida entre los 14 y los 50 años y más (McCrae, Costa, Ostendorf *et al.*, 2000). Los cinco grandes rasgos son, por tanto, relativamente estables y duraderos.

Aunque la aproximación rasguista de la personalidad está limitada en cuanto a su reconocimiento de los factores cognitivos y circunstanciales que también afectan a la personalidad y a la conducta (tal y como ha sido reconocido por la teoría cognitiva social/del aprendizaje social de Bandura, véase el Capítulo 3), los estudios han demostrado que estos factores de personalidad relativamente estables están relacionados con la conducta de salud. Por ejemplo, Goldberg y Strycker (2002) han realizado una encuesta a gran escala sobre las relaciones entre la personalidad y la conducta dietética y han concluido que la apertura a la experiencia permite predecir una serie de conductas dietéticas, incluyendo prácticas saludables, un consumo reducido de carne grasa y una elevada ingesta de fibra. Esta conclusión es coherente con la obtenida por Steptoe, Pollard y Wardle (1995), en que la apertura estaba relacionada con una disponibilidad a probar situaciones nuevas, incluyendo nuevos tipos de alimentos y nuevos sabores. La responsabilidad se suele relacionar con una conducta de salud positiva, mientras que el neuroticismo se relaciona con una conducta de salud negativa (Goldberg y Strycker, 2002; Booth-Kewley y Vickers, 1994). El neuroticismo se relacionó también con la conducta de picoteo de la comida y la **neofobia** en una muestra de 451 niños escoceses de entre 11 y 15 años (MacNicol, Murray y Austin, 2003).

Neofobia

Un temor crónico y persistente a cualquier cosa nueva (lugares, sucesos, personas, objetos).

En aparente contradicción con esta influencia negativa del neuroticismo, éste también se ha relacionado con elevados niveles de utilización de la atención sanitaria. Esto se atribuye a la tendencia de los individuos con niveles elevados de neuroticismo a prestar una mayor atención a sus sensaciones corporales y etiquetarlas como «síntomas» de enfermedad más que otras personas con un menor grado de neuroticismo (Jerram y Coleman, 1999; y véase el Capítulo 9). Sin embargo, Friedman (2003) ha concluido que no hay ninguna evidencia consistente de que las personas con una elevada puntuación en neuroticismo realicen una mayor gama de conductas promotoras de la salud, o con una mayor frecuencia, o menos conductas perjudiciales para la salud que aquellas personas con un bajo nivel de neuroticismo, y que pueden existir tanto un neuroticismo saludable como un neuroticismo insano. Por tanto, esto sugiere que los rasgos de personalidad como el neuroticismo ofrecen una explicación insuficiente de la conducta de salud o de riesgo.

Lugar de control

Un rasgo de la personalidad que diferencia a los que atribuyen la responsabilidad de lo que sucede a ellos mismos (es decir, lugar de control interno) o a factores externos (lugar de control externo).

Otra faceta frecuentemente estudiada de la personalidad son las creencias generalizadas sobre el **lugar de control** (Rotter, 1966). Rotter consideró inicialmente que los individuos tienen, o bien una orientación de lugar de control interno (es decir, se otorgan a sí mismos la responsabilidad de los resultados y consideran que sus acciones afectan a los resultados) o una orientación externa, que sugiere que asignan la responsabilidad de los resultados a factores externos como la suerte. Prosiguiendo con la escala de control interno-externo de Rotter, Kenneth Wallston y sus colaboradores

Lugar de control de salud

La percepción de que la salud de uno está bajo su propio control; controlada por otros poderosos, como los profesionales de la salud; o bajo el control de factores externos como el destino o la suerte.

(Wallston, Wallston y deVellis, 1978) desarrollaron una escala de lugar de control específica para las creencias sobre la salud, el MHLC (**lugar de control de salud multidimensional**), que identifica tres dimensiones estadísticamente independientes:

1. *Interna*: fuertes creencias internas que consideran que es el propio individuo el principal determinante de su estado de salud. Las creencias internas están relacionadas teóricamente con un elevado nivel de conducta protectora de la salud, y con el constructo de autoeficacia de Bandura (*véase* más adelante).
2. *External/Azar*: fuertes creencias externas que consideran que las fuerzas externas, como la suerte, el destino o el azar determinan el estado de salud de una persona, más que su propia conducta.
3. *Terceros poderosos*: fuertes creencias que consideran que el estado de salud está determinado por las acciones de otras personas con poder, como los profesionales médicos y de la salud.

Wallston admitía que estas dimensiones sólo serían relevantes si el individuo valora su salud. Esto refleja los supuestos teóricos subyacentes del lugar de control, los de la teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social (Bandura, 1986), por los que un individuo actúa en función de su expectativa de obtener determinados resultados valorados. Si los individuos no valoran su salud, se cree que es improbable que muestren una conducta protectora de su salud (incluso si consideran que ellos controlan su estado de salud), porque la salud no es una de sus principales prioridades (por ejemplo, Wallston y Smith, 1994). Los individuos con un lugar de control de salud interno, o un lugar de control de salud en terceros poderosos que también valoran su salud son, por tanto, los que tienen más probabilidades de tener una conducta de protección de la salud independientemente de que se trate, en el caso del lugar de control interno, de empezar a hacer ejercicio físico, o en el caso de un lugar de control de salud de terceros poderosos, de asistir a un centro de salud local para buscar asesoría nutricional. Las creencias sobre otras personas poderosas pueden evitar que un individuo asuma la responsabilidad activa de la conducta relevante, lo que hace que estos individuos confíen en exceso en las «curas» médicas.

A pesar de los refinamientos hechos por Wallston a la escala interna-externa de Rotter, se ha demostrado que las dimensiones generalizadas del lugar de control sólo son un modesto predictor del comportamiento. Por ejemplo, Norman y Bennett (1996) han revisado los estudios que analizaban la relación entre las tres subescalas de Wallston y la conducta protectora de salud de personas sanas y han concluido que la relación era débil. Esta débil asociación ha sido confirmada posteriormente en un estudio a gran escala de más de 13.000 individuos sanos. La conducta de salud positiva tenía una escasa correlación con un mayor control interno, y todavía una relación más débil con menores creencias de control externo y de control por terceros poderosos (Norman, Bennett, Smith *et al.*, 1998). Tales hallazgos sugieren que un lugar de control de salud generalista (como el valorado por el lugar de control de salud multidimensional) sólo tiene una modesta influencia en una determinada conducta de salud, por lo que la

Control conductual percibido

Creencia que tiene un individuo acerca de su propio control sobre una determinada acción o conducta.

Autoeficacia

Creencia de que uno puede presentar determinada conducta en determinadas circunstancias.

atención de la investigación ha girado, en muchos casos, al análisis de constructos conductualmente más próximos, como el del **control conductual percibido** (*véase* la teoría de la conducta planificada más adelante) y la **autoeficacia** (*véase* más adelante y también el análisis sobre el modelo del proceso de acción sobre la salud). Sin embargo, Armitage (2003) encontró que las creencias de control interno generalistas predecían de forma independiente la relación entre el control conductual percibido y la intención (en otras palabras, la capacidad de las creencias más específicas sobre el control conductual percibido de explicar la intención era mayor entre los individuos con un elevado lugar de control interno). Por tanto, Armitage propuso que la investigación tiene que analizar más la influencia de las creencias disposicionales de control sobre el control proximal. Aunque este debate es relativamente nuevo, sugiere que las intervenciones dirigidas a aumentar las creencias específicas del control conductual percibido pueden ser más eficaces si se dirigen hacia los que tienen un lugar de control interno.

Normas sociales, familia y amigos

Los seres humanos son básicamente seres sociales. Nuestra conducta es el resultado de muchas influencias: la cultura y el entorno generales en los que hemos nacido; la cultura cotidiana en la que vivimos y trabajamos; los grupos, subgrupos e individuos con los que nos relacionamos; y nuestras propias emociones, creencias, valores y actitudes personales, influidas todas ellas por todos estos factores más generales. Aprendemos de nuestra propia experiencia positiva y negativa, pero también aprendemos «vicariamente» a través de quedar expuestos a, y observar, las conductas y experiencias de otros. La conducta de los que nos rodean crea una «norma social» percibida, que sugiere una aprobación implícita (o explícita) de determinada conducta. Por ejemplo, un estudio longitudinal a cuatro años de casi 10.000 alumnos de secundaria estadounidenses encontró que el 37 por ciento de los que no fumaban en el instituto había empezado a fumar en el seguimiento realizado en la facultad; el 25 por ciento de los iniciales fumadores que probaban a ver qué era eso había aumentado su consumo de tabaco; y el resto de estudiantes había permanecido en la misma situación [o bien no fumaba, o bien seguían probando de vez en cuando (ninguno durante el último mes), o bien eran fumadores o antiguos fumadores] (Choi, Harris, Okuyemi *et al.*, 2003). Se encontraron claras diferencias en cuanto a los factores que explicaban el inicio del hábito de fumar desde el no fumar (es decir, alumnos blancos, rebeldes, a los que no les gustaba el colegio) y la progresión de fumar de formar experimental (de forma irregular, social, a corto plazo) a ser un fumador habitual. Los que mostraban progresión en su conducta de fumar percibían una aprobación de sus compañeros por fumar y percibieron ese probar de vez en cuando como algo seguro. Además, la aprobación paterna percibida era una influencia más importante para empezar a fumar que para progresar.

Respecto a la conducta de riesgo para la salud, hay muchas fuentes de información a las que está expuesta una persona: por ejemplo, anuncios

televisados que ilustran gráficamente las consecuencias negativas de fumar; un progenitor o un hermano mayor que parece estar sano a pesar de episodios habituales de consumo excesivo de alcohol; un seminario en el aula sobre «simplemente di no» a la primera oferta de un cigarrillo u otras drogas; un amigo que fuma y que dice que fumar «mola». Hay una evidencia consistente que muestra que la credibilidad, el parecido con uno mismo, e incluso el atractivo de la fuente de información influye en si se produce, o no, un cambio de actitud o de conducta (por ejemplo, Petty y Cacioppo, 1986, 1996; véase el Capítulo 7 para un análisis más detallado sobre las influencias de la efectividad de la promoción de la salud).

Actitudes

Se cree que las actitudes son las representaciones de sentido común que tienen los individuos respecto a objetos, personas y sucesos (Eagly y Chaiken, 1993). Algunos teóricos han descrito las actitudes como un componente único basado en una evaluación afectiva de un objeto/suceso (es decir, o bien le gusta algo/alguien o no; por ejemplo, Thurstone, 1928); otros han presentado un modelo de dos componentes en el que la actitud se define como una predisposición o un estado de disponibilidad mental estable y no observable que influye sobre los juicios de valor (por ejemplo, Allport, 1935). A partir de la década de 1960 ha aumentado la aceptación de un modelo de tres componentes de la actitud, por el que se considera que las actitudes son relativamente duraderas y generalizables y están compuestas de tres elementos relacionados: pensamiento (cognición), emoción y conducta:

1. *Cognitivo*: creencias sobre el objeto actitudinal; por ejemplo, fumar cigarrillos es una buena manera de aliviar el estrés; fumar es una señal de debilidad.
2. *Emocional*: los sentimientos hacia el objeto actitudinal; por ejemplo, fumar es asqueroso/agradable.
3. *Conductual* (o intencional): la acción pretendida hacia el objeto actitudinal; por ejemplo, no voy a fumar.

Los primeros teóricos de la actitud consideraban que los tres elementos eran generalmente coherentes entre sí y tenían probabilidades de predecir la conducta; sin embargo, ha resultado difícil encontrar evidencia empírica que respalde esta relación directa entre las actitudes y la conducta (Eagly y Chaiken, 1993). Un individuo puede tener varias actitudes distintas, a veces conflictivas entre sí, hacia determinado objeto en función del contexto y de otros muchos factores. Por ejemplo, me puede gustar el sabor de una tarta de crema pero me puede preocupar la repercusión negativa para la salud de una elevada ingesta de materia grasa/calorías. Estos pensamientos contradictorios pueden producir lo que se conoce como *disonancia* que mucha gente intenta resolver compatibilizando sus distintos pensamientos. Sin embargo, algunos individuos mantienen una disociación entre sus actitudes y su conducta, por ejemplo, los denominados fumadores disonantes, que siguen fumando a pesar de tener una serie de actitudes negativas

Ambivalencia

La existencia simultánea de evaluaciones tanto positivas como negativas hacia una objeto actitudinal, que podría ser tanto cognitiva como emocional.

contra el tabaco. Este conflicto se conoce a veces como **ambivalencia**, por la que la motivación de una persona para cambiar podría quedar potencialmente minada por tener actitudes ambivalentes, como creer que los alimentos con bajo contenido en grasa son una opción saludable aunque no quieran dar la sensación de estar obsesionados por su dieta (por ejemplo, Sparks, Conner, James *et al.*, 2001).

Percepciones del riesgo y optimismo irreal

Los individuos suelen tener conductas de riesgo o no saludables porque no consideran que están en riesgo, o al menos no lo consideran de forma precisa, creyendo, por ejemplo, que «no fumo tanto como “X” y, por tanto, no corro el riesgo que corre ese individuo de contraer cáncer». Weinstein (1984) ha descubierto que este tipo de percepción sesgada del riesgo es frecuente y la ha denominado un *optimismo irreal-irreal* porque, evidentemente, nadie puede correr un riesgo reducido. Este autor ha observado que los individuos realizan comparaciones sociales que les ponen en la mejor posición posible (sesgo optimista/optimismo comparativo) (Weinstein y Klein, 1996; Weinstein, 2003); por ejemplo, respecto al riesgo de contraer el VIH: «puede que a veces me olvide de utilizar un preservativo pero, al menos, lo utilizo más que mis amigos». Weinstein encontró que se presta más atención a la conducta negativa de los iguales cuando se realiza este tipo de juicios de valor que la que se presta a la conducta de salud positiva de estos mismos compañeros. De esta manera, la atención selectiva da lugar a una valoración positiva irreal sobre el riesgo personal.

Weinstein (1987) identificó cuatro factores que están relacionados con el optimismo irreal:

1. Falta de experiencia personal sobre la conducta o problema en cuestión.
2. Una creencia de que las acciones del individuo pueden prevenir el problema.
3. La creencia de que si el problema no ha surgido todavía es improbable que surja en el futuro; por ejemplo, «llevo fumando años y estoy perfectamente, así que, ¿por qué iba a cambiar ahora?».
4. La creencia de que el problema es infrecuente; por ejemplo «el cáncer es bastante infrecuente en comparación con la cantidad de gente que fuma, así que es bastante improbable que lo desarrolle».

Hay cierta evidencia de que el optimismo irreal está relacionado con una mayor creencia de tener control sobre los acontecimientos (por ejemplo, «corro menos riesgo que otros porque sé cuándo tengo que dejar de beber») y que esas creencias están relacionadas con la conducta de reducción del riesgo (Hoorens y Buunk, 1993; Weinstein, 1987). Sin embargo, otros, por ejemplo Schwarzer (1994), hacen referencia al optimismo irreal denominándolo *optimismo defensivo* y sugieren, por el contrario, que es probable que la relación entre este optimismo y la conducta sea negativa porque los individuos subestiman su riesgo y, por tanto, no

toman precauciones contra la ocurrencia de esos riesgos. Sigue siendo necesario analizar más la auténtica relación entre estos constructos y la conducta de salud.

Objetivos y motivación para la conducta

Expectativas de resultado

Resultado que se espera obtener de la conducta; por ejemplo, hacer ejercicio me hará estar en buena forma.

Autorregulación

Proceso por el que los individuos supervisan y ajustan su conducta, pensamientos y emociones para mantener un equilibrio o una sensación de funcionamiento normal.

La teoría de la cognición social supone que la conducta está motivada por las **expectativas sobre el resultado** y las metas (tanto metas a corto plazo como metas a largo plazo) y, en relación con las mismas, se encuentra el proceso de **autorregulación**, que se define como un proceso conductual y cognitivo por el que los individuos actúan de forma que logran los resultados deseados o reducen los resultados indeseados; esta conducta se considera como una conducta orientada a meta (por ejemplo, Fiske y Taylor, 1991). Las metas centran nuestra atención y dirigen nuestros esfuerzos, y las metas más valoradas dan lugar a un esfuerzo mayor y más persistente (Locke y Latham, 2002).

Ingledew y McDonagh (1998) han demostrado que la conducta de salud proporciona funciones de afrontamiento (que pueden considerarse como metas de la conducta a corto plazo); por ejemplo, el hecho de que algunos individuos fumen les ayuda a superar el estrés. Utilizando datos obtenidos de un recientemente desarrollado cuestionario, estos autores han identificado cinco funciones de afrontamiento: resolución de problemas, sentirse mejor, evitación, tiempo fuera, y prevención —ligadas a la conducta saludable—. Por ejemplo, la conducta de realización de ejercicio físico es una forma de prevención con una función de resolución de problemas, pero también es una forma de tomarse un tiempo fuera con una función de resolución de problemas. Este hallazgo destaca el hecho, a menudo ignorado, de que hay muchas razones por las que los individuos se comportan de la forma en que lo hacen; en este caso, los individuos hacían ejercicio como forma de tener una conducta de prevención de la salud, pero también como forma de desconectar o de relajarse. La repercusión de esto es que las intervenciones diseñadas para reducir la conducta de riesgo tienen que tener en cuenta las funciones de afrontamiento o las metas que pretende alcanzar el individuo con su conducta (véase el Capítulo 6).



¿Qué es lo que le importa actualmente en la vida? Piense en tres facetas de su vida que actualmente valore mucho. ¿Por qué las valora? ¿Qué funciones desempeñan?

¿Qué metas espera alcanzar en los próximos 10 años? Si tiene algún tipo de conducta de riesgo o de conducta de salud específica, ¿cómo se «ajusta» a sus actuales valores y metas?

Ahora piense en el futuro cuando alcance la madurez o, si ya está ahí, piense en su jubilación. ¿Qué cree que será importante en ese momento? ¿Cambiarán las cosas que cree que son importantes, y por qué cree que cambiarán? ¿Cree que cambiará su conducta y, en caso afirmativo, de qué manera y por qué?

Autoeficacia

El constructo autoeficacia se define como «la *creencia* en las capacidades de uno mismo para organizar y llevar a cabo los recursos para la acción necesarios para resolver situaciones *prospectivas*» (Bandura, 1986). Por ejemplo, la creencia de que una acción futura (por ejemplo, perder peso) está al alcance de las posibilidades de uno mismo generará probablemente otras actividades cognitivas y emocionales, como plantearse elevadas metas personales (perder cinco kilos en vez de sólo dos), expectativas de resultados positivos y padecer menos ansiedad. Estas cogniciones y emociones afectan a su vez a las acciones, como el cambio de dieta y el ejercicio, para poder alcanzar la meta. Como afirma Bandura (1997: 24): «debido a que la gente considera que los resultados dependen de lo adecuado de su rendimiento, y les preocupan esos resultados, recurren a las creencias en su propia eficacia para decidir el tipo de acción que van a realizar y durante cuánto tiempo». El éxito en la consecución de una meta también se retroalimenta de forma autorreguladora para aumentar el sentimiento personal de autoeficacia (Bandura, 1997). Cuando la competencia del comportamiento personal no está relacionada, o está menos estrechamente relacionada, con el resultado (por ejemplo, el resultado de una recuperación física tras una lesión cerebral dependerá en gran medida del grado de deterioro neurológico), la autoeficacia será menos predictiva del resultado.

Respecto a los resultados del cambio de conducta de salud individual y del mantenimiento del cambio, el rendimiento personal es importante y, por tanto, no resulta sorprendente que se haya concluido que la eficacia sirve de elemento de predicción. La autoeficacia, también es importante a la hora de recuperarse de los contratiempos; por ejemplo, en un estudio de varones que acababan de perder su empleo (Mittag y Schwarzer, 1993), se relacionó una baja autoeficacia percibida en relación a la posibilidad de volver a ser empleados y a la capacidad de superar los retos del desempleo con un importante consumo de alcohol, mientras que no pasó lo mismo con una alta autoeficacia.

Los seres humanos no son consistentes

Los individuos pueden ser muy inconsistentes en su práctica de conductas de salud; por ejemplo, muchos individuos que hacen ejercicio físico también fuman. Los individuos no sólo difieren entre sí en cuanto a las justificaciones o motivaciones de su conducta, sino que, además, es probable que sus propias motivaciones vayan cambiando con el tiempo. Las inconsistencias pueden explicarse, tal vez, por los hallazgos de que:

- Las distintas conductas de salud están controladas por distintos factores externos; por ejemplo, puede que fumar esté mal visto socialmente, mientras que puede que se dé respaldo a hacer ejercicio; sin embargo, es fácil comprar tabaco, pero las instalaciones o el tiempo para hacer ejercicio pueden estar limitados.

- Las actitudes hacia la conducta de salud pueden variar entre los distintos individuos y para un mismo individuo.
- En el caso de un mismo individuo, la conducta de salud puede estar motivada por distintas expectativas; por ejemplo, puede fumar para relajarse, hacer ejercicio para mejorar su apariencia física y consumir alcohol como forma de socializarse.
- Los individuos difieren en cuanto a sus metas y motivaciones: por ejemplo, un adolescente puede seguir un régimen por cuestiones de moda, mientras que un hombre de edad media puede seguir un régimen para evitar un segundo ataque al corazón.
- Los factores de motivación pueden cambiar a lo largo del tiempo: por ejemplo, beber alcohol siendo menor de edad puede ser una forma de rebeldía pero puede convertirse posteriormente en una forma esencial de tener relaciones sociales.
- Los desencadenantes y barreras de la conducta están influidos por el contexto: por ejemplo, se puede prohibir fumar en el lugar de trabajo, y el consumo de alcohol puede estar limitado delante de los padres o los compañeros de trabajo pero no con los amigos.

La siguiente parte del capítulo aborda una serie de teorías y modelos que se han desarrollado en un intento de explicar y, así, predecir la conducta de salud.

¿Te apetece una pizza y unas cervecitas después de esto?



Modelos de conducta saludable

Primero, es importante recordar al lector que, al adoptar hábitos saludables, sólo estamos reduciendo nuestro riesgo estadístico de tener una mala salud, no garantizando que tendremos una larga vida sana. Además, no

deberíamos esperar que al analizar la conducta de los seres humanos y sus motivaciones podamos llegar jamás a explicar perfectamente las enormes variaciones de la salud de los individuos. La conducta no es el único factor que provoca enfermedades. Podemos, en el mejor de los casos, ofrecer una explicación parcial (social, cognitiva y conductual) de la enfermedad, y una conclusión, basada en la evidencia empírica, de cómo se puede intervenir para impedir o reducir la probabilidad de que algunos individuos enfermen.

Cambio de conducta

Las primeras teorías de por qué cambiamos nuestra conducta se basaban en el supuesto simplista de que

Información → cambio de actitud → cambio de conducta

Se concluyó que estos supuestos eran muy ingenuos. El mero suministro de información, por ejemplo sobre los beneficios de dejar de fumar o el valor de una dieta baja en colesterol, puede, o no, cambiar las actitudes de una persona hacia esta conducta e, incluso si las actitudes se hacen más negativas, no es inevitable que ello influya sobre el cambio de conducta (por ejemplo, Eagly y Chaiken, 1993). Aunque muchas campañas de educación de sanidad anteriores, y a veces actuales, siguen partiendo de esta premisa simplista, se han propuesto varios modelos como explicaciones de la conducta de salud y del cambio de conducta. Se describen en las próximas secciones.

Modelos de continuo sobre el cambio de conducta

El modelo de creencias sobre la salud

Uno de los primeros modelos, y de los mejor conocidos, es el modelo de creencias sobre la salud (MCS) (Rosenstock, 1974; Becker, 1974; Strecher, Champion y Rosenstock, 1997). Este modelo propone que la probabilidad de que una persona realice determinada conducta de salud depende de factores demográficos: por ejemplo, clase social, sexo, edad y una serie de creencias que pueden surgir de determinada clave para la acción, interna o externa (*véase* la Figura 5.1). Estas creencias incluyen las percepciones de la amenaza y la evaluación de la conducta en cuestión, añadiéndose posteriormente las claves para la acción y la motivación para la salud.

En cuanto a la forma en que se combinan los diversos componentes, se puede ilustrar mejor a través de ejemplos concretos:

- Percepción de la amenaza:
 - Creo que las enfermedades cardiovasculares son una enfermedad grave cuyo riesgo aumenta cuando se tiene exceso de peso: *gravedad percibida*.

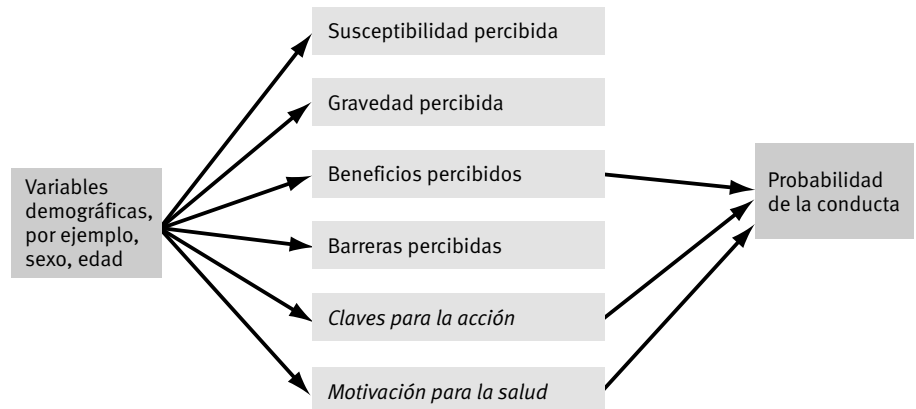


Figura 5.1 El modelo de creencias sobre la salud (original, y las incorporaciones posteriores en cursiva).

- Creo que tengo exceso de peso: *susceptibilidad percibida*.
- Evaluación conductual:
 - Si pierdo peso mejorará mi estado de salud: *beneficios percibidos* (del cambio).
 - Cambiar mi tipo de alimentación y de preparación cuando también tenga que dar de comer a toda una familia va a ser difícil y, posiblemente, más caro: *barreras percibidas* (al cambio).
- Claves para la acción (añadido en 1975; Becker y Maiman):
 - Ese programa de televisión que vi hace poco sobre los riesgos de la obesidad para la salud me ha preocupado (*externa*).
 - Normalmente me quedo sin aliento en cuanto hago cualquier cosa, así que tal vez debería pensar en serio en ponerme a dieta (*interna*).
- Motivación para la salud (añadido en 1977; Becker, Haefner y Maiman).
 - Para mí es importante mantenerme sano.

El modelo de creencias sobre la salud se ha aplicado a una amplia variedad de conductas durante muchos años, como se ilustra en la Figura 5.1.

■ El MCS y la conducta preventiva

Hay consenso en la bibliografía científica sobre que la autoexploración de mama no es practicada en absoluto por muchas mujeres, que las tasas de cumplimiento son reducidas y que la práctica se reduce con la edad, a pesar de que la incidencia del cáncer de mama aumenta con ésta. El modelo de creencias sobre la salud ha sido muy utilizado para predecir la conducta de autoexploración de mama. Se ha demostrado que la percepción de los beneficios de la autoexploración y de pocas barreras para hacerlo tiene la correlación más elevada y consistente con la conducta (por ejemplo, Champion, 1990). La motivación para la salud (por ejemplo, buscar infor-

mación sobre la salud y realizar de forma habitual una actividad de promoción de la salud) diferenciaba entre las personas que llevaban a cabo en ninguna, en alguna o en mucha medida la autoexploración de mama, y en un estudio prospectivo posterior (Champion y Miller, 1992), la motivación para la salud permitía predecir dicha autoexploración de mama un año más tarde. Esto respalda la necesidad de evaluar la motivación para la salud en vez de suponer que todos los individuos valoran la salud o tienen la misma motivación.

Los estudios han mostrado que distintos elementos del modelo de creencias sobre la salud son más o menos relevantes, en función de la conducta que se estudia. Por ejemplo, en una revisión de 13 estudios utilizando los elementos del modelo de creencias sobre la salud, Curry y Emmons (1994) encontraron que se puede explicar la realización de pruebas médicas para detectar el cáncer de mama en función de las creencias sobre la susceptibilidad percibida, sobre las reducidas barreras percibidas y por las claves para la acción. Por el contrario, Pakenham, Pruss y Clutton (2000) no encontraron que las creencias sobre la susceptibilidad sirvieran para predecir el sometimiento a mamografías. Respecto a otra conducta preventiva, el ejercicio físico, parece que los beneficios percibidos son un importante elemento de predicción (por ejemplo, Saunders, Pate, Felton *et al.*, 1997).

En cuanto al cumplimiento de los regímenes de tratamiento y medicación, parece que las barreras y beneficios percibidos son factores de predicción más importantes del cumplimiento que las percepciones de susceptibilidad a o la gravedad de la enfermedad. Por ejemplo, Koikkalainen, Lappalainen y Mykkanen (1996) encontraron que los niveles de cumplimiento de la dieta son menores entre los pacientes cardíacos que percibían barreras para el cumplimiento de las recomendaciones dietéticas; y Letherman, Blackburn y Davidhizar (1990) obtuvieron que la participación de las mujeres en la atención prenatal estaba influida, no sólo por las barreras financieras, sino por los reducidos beneficios percibidos de la asistencia.

■ El MCS y la reducción de la conducta de riesgo

Respecto a las relaciones sexuales seguras, Abraham, Sheeran, Abrams y Spears (1996) han encontrado que las variables del modelo de las creencias sobre la salud no eran factores de predicción significativos de una utilización consistente del preservativo entre los adolescentes sexualmente activos cuando se tenía en cuenta la utilización anterior del preservativo. Esto sugiere que uno de los mejores factores de predicción de lo que haremos en el futuro es lo que hemos hecho en el pasado. Los desarrollos teóricos e investigaciones más recientes lo reconocen así, incluyendo mediciones de la conducta previa en el diseño y análisis de los mismos (por ejemplo, el estudio del 2001 de Yzer, Siero y Buunk sobre la utilización del preservativo con nuevas parejas sexuales).

Abraham, Krahé, Dominic y Fritsche (2002) también han concluido, de una revisión de la evidencia anterior al realizar un posterior estudio sobre la conducta de utilización del preservativo, que las «percepciones sobre la

amenaza están más débilmente correlacionadas con la utilización del preservativo que las cogniciones específicas sobre la acción, como las actitudes hacia la utilización del preservativo, la autoeficacia percibida respecto a la utilización del preservativo, la aceptabilidad social de la utilización del preservativo y la intención de utilizarlo», (p. 228). Estos factores no se abordan en el modelo de las creencias sobre la salud.

■ Limitaciones del MCS

Los problemas de este modelo se encuentran en la forma en que se ha aplicado y en su contenido básico. Por ejemplo, en lo que respecta a la aplicación puede haber varias versiones de este modelo, con diferentes autores utilizando distintas versiones, y no todas incluyen las claves para la acción y la motivación para la salud (véase Sheeran y Abraham, 1996). Otras limitaciones incluyen:

- Rosenstock (1966), no especificó, cuando esbozó el modelo, la forma en que interactúan las distintas variables entre sí o la forma en que se combinan para influir sobre la conducta. Dejaba implícito que los componentes actúan de forma independiente y se pueden sumar entre sí. Muchos estudios han analizado los componentes de forma independiente (por ejemplo, Abraham *et al.*, 1996).
- Becker *et al.* (1977) han sugerido los beneficios percibidos son ponderados frente a las barreras percibidas, aunque no se daba ninguna indicación sobre la forma en que se calcula la valoración conjunta (es decir, ¿hay que restar el número de barreras al número de beneficios comentados, o al revés? ¿Tienen todos los beneficios y todas las barreras la misma importancia para el individuo?).
- Strecher y Rosenstock (1997) sugieren que la suma o multiplicación de los valores en susceptibilidad con los valores en gravedad para obtener una cuantificación de la «amenaza percibida» general podría ofrecer una mayor capacidad de predicción que si se utiliza cada una de estas variables de forma independiente; que las claves para la acción y las barreras y beneficios percibidos pueden predecir mejor la conducta cuando la amenaza percibida es elevada; y que el modelo se puede contrastar mejor respecto a la intención que a la conducta real. No se han contrastado empíricamente muchas de estas hipótesis.
- El MCS es un modelo estático que sugiere que las distintas creencias se producen simultáneamente en una valoración «única». Esto no permite un proceso dinámico o en etapas del cambio de creencias, lo que resulta crucial, tal y como han demostrado los modelos posteriores.
- El MCS supone que los seres humanos son seres racionales que toman decisiones racionales, lo que no tiene por qué ser cierto.
- El MCS podría sobreestimar el papel de la «amenaza». No se ha podido establecer de forma concluyente que la susceptibilidad percibi-

da sea un factor de predicción significativo del cambio de conducta de salud.

- Incluso si se demuestra que la susceptibilidad percibida sirve para predecir el cambio de conducta (en algunos estudios), es importante que los mensajes de promoción de la salud no utilicen excesivamente el recurso al miedo. Se ha demostrado que el miedo puede ser contraproducente para el cambio de conducta al provocar un efecto de negación (por ejemplo, van der Pligt, Otten, Richard *et al.*, 1993).
- El MCS tiene en cuenta de forma limitada las influencias sociales sobre la conducta. Por ejemplo, aunque los niños pequeños, que reciben las claves para la acción sobre la salud y sobre su conducta de la salud de los adultos que son importantes en su vida, suelen mostrar un buen cumplimiento de la medicación, mientras que el cumplimiento durante la adolescencia es peor, lo que refleja un cambio de las influencias y las creencias sobre el mantenimiento de la buena salud (por ejemplo, Bryon, 1998).
- El MCS tampoco consigue tener en cuenta si el individuo se siente capaz de iniciar la conducta (o el cambio comportamental) requerido. Hay dos constructos relacionados con lo anterior: el control conductual percibido y la autoeficacia, tal y como quedan ejemplificados en los dos modelos que se analizan a continuación (la teoría de la conducta planeada y el proceso de acción para la salud).

Dadas estas limitaciones, tal vez no sea sorprendente que los estudios que utilizan el MCS hayan concluido que sus componentes sólo explican una pequeña proporción de la varianza en el cambio de conducta. Al no tener en cuenta inicialmente las relaciones entre sus diversos componentes, el papel de las normas sociales y las influencias, y los factores que pueden hacer que las creencias pasen a ser determinantes más próximos (ceranos) de la conducta (como la eficacia de realizar la conducta requerida), sólo proporciona una explicación limitada del comportamiento humano, por lo que se han desarrollado y adoptados modelos más amplios.

La teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planeada

Aunque el MCS es predominantemente un modelo cognitivo de la conducta de salud derivada de la teoría de la utilidad subjetiva esperada [es decir, los individuos son activos y generalmente toman decisiones de forma racional, decisiones influidas por la utilidad percibida (utilidad para los individuos) de determinadas acciones o conductas (*véase*, Edwards, 1954), la teoría de la acción razonada (TAR) y, posteriormente, la teoría de la conducta planeada (TCP) se conocen como los modelos de cognición social (*véase* la Figura 5.2)]. Estos modelos suponen que la conducta social está determinada por las creencias de una persona sobre la conducta en un contexto social dado, y por sus percepciones y expectativas sociales (*véase* la teoría del aprendizaje social: Bandura, 1986) y no simplemente por sus cogniciones o actitudes.

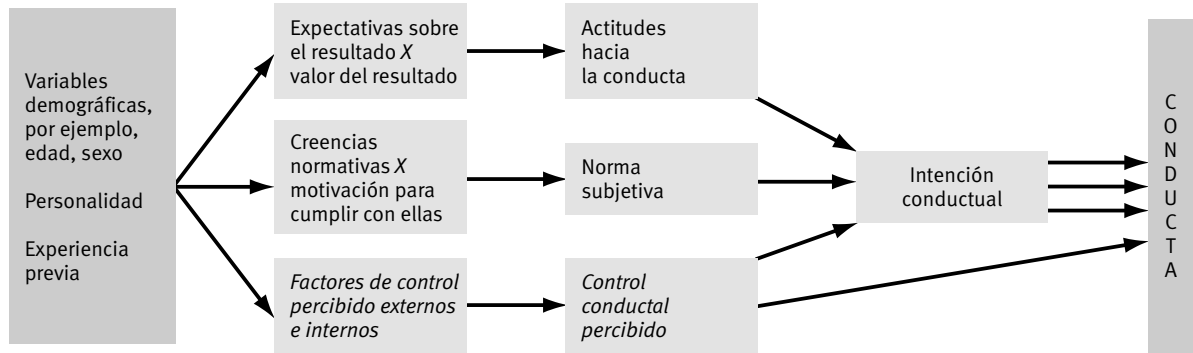


Figura 5.2 La teoría de la acción razonada y la teoría de la conducta planeada (las incorporaciones posteriores de esta última aparecen en cursiva).

■ La teoría de la acción razonada

Este modelo (Ajzen y Fishbein, 1970; Fishbein, 1967) supone que los individuos se comportan de forma orientada a metas y que se sopesan de forma racional las consecuencias de sus acciones (expectativas de resultados) antes de tomar la decisión sobre la realización de la conducta o no. El modelo intenta analizar y desarrollar los procesos psicológicos implicados en la creación de una relación entre la actitud y la conducta al incorporar influencias sociales más generales y la necesidad de creación de la intención.

Se cree que la conducta está determinada proximalmente por la intención conductual, que a su vez está influida por la actitud de individuo hacia la conducta-objeto (*creencias sobre la expectativa de resultado*, por ejemplo, creencia de resultado positivo: si dejas de fumar, será más fácil hacer ejercicio; creencia de resultado negativo: si dejas de fumar, es posible que engorde; y *valor del resultado*, por ejemplo, para mí es importante estar sano) y la percepción de la presión social respecto a la conducta (por ejemplo, los amigos y mis padres realmente quieren que dejes de fumar) (lo que se conoce como **norma subjetiva**). El grado en que quieren cumplir o estar en línea con las preferencias o normas de los demás se conoce como motivación para cumplir (me gustaría agradar a mis padres y amigos). El modelo afirma que la importancia de las actitudes de una persona hacia la conducta es ponderada con respecto a las creencias sobre la norma subjetiva, por lo que una persona que tiene una actitud negativa hacia el cambio de conducta (no me gusta ponerme a régimen) puede desarrollar no obstante una intención positiva al cambio cuando su norma subjetiva promueve la dieta y cuando quiere cumplir con las personas que le importan (por ejemplo, todos mis amigos comen de forma más saludable que yo, me gustaría ser más como ellos).

La intención conductual se considera el determinante proximal de la conducta, y refleja tanto la motivación del individuo para comportarse de determinada manera, como el esfuerzo que el individuo está preparado a hacer para realizar esa conducta (Ajzen, 1991: 199). Esto es mejor que el MCS, que afirmaba únicamente que había una combinación de creencias

Norma subjetiva

Las creencias de una persona respecto a si otras personas significativas para ella (referentes) pensarían que debería o no realizar determinada acción. Un índice de presión social, ponderado generalmente por la motivación del individuo para cumplir con los deseos de los demás (véase la teoría de la conducta planeada).

motivacionales que predecían una mayor o menor probabilidad de actuar, sin que se haya hecho jamás una afirmación sobre la intención.

En la actualidad hay pocos estudios que utilicen este modelo (porque se ha ampliado y desarrollado con la más potente teoría de la conducta planeada); sin embargo, la amplia gama de estudios que sí que utilizaban la TAR (*véase* la revisión y el meta-análisis de 87 estudios por parte de Sheppard, Hartwick y Warshaw, 1988) confirmó la importancia de las actitudes y las normas subjetivas para explicar la intención, y de la intención para predecir la conducta posterior. Este meta-análisis ha concluido que la correlación media de las actitudes y las normas sociales con las intenciones era de, aproximadamente, 0,67, y la correlación entre la intención y la conducta se encontraba entre 0,53 y 0,62. Por tanto, esto mejora significativamente la capacidad de predicción que proporcionan los componentes del MCS; sin embargo, este modelo sigue teniendo limitaciones. Observe también que la evidencia empírica que respalda la relación entre la intención y la conducta posterior está limitada por haber sido obtenida en estudios transversales.

Limitaciones de TAR

Volición

Acción o ejecución (la etapa posterior a la intención destacada en la aproximación del proceso de acción para la salud sobre el cambio de conducta de salud).

- La TAR se desarrolló inicialmente para aplicarla a la conducta **volitiva** (la que está bajo el control de la persona) y, como tal, no analiza la creencia que tiene una persona sobre su capacidad de realizar la conducta en cuestión. Sin embargo, gran parte de la conducta no es completamente volitiva (por ejemplo, las conductas adictivas como fumar, o la negociación de la utilización del preservativo al mantener relaciones sexuales).
- La TAR no tiene en cuenta la transacción potencial entre las variables predictoras (actitudes y norma subjetiva) y los resultados de la intención conductual o la conducta. La propia conducta puede moldear las actitudes. Esto destaca la necesidad de realizar estudios longitudinales prospectivos que analicen la cambiante relación entre las variables a lo largo del tiempo y aumenten la probabilidad de desenmarañar relaciones causa-efecto (observe que esta crítica también se aplica a la teoría de la conducta planeada; *véase* más adelante).

La teoría de la conducta planeada

Para mejorar la capacidad del modelo de abordar la conducta no volitiva, se amplió la TAR para incluir el concepto del control conductual percibido, lo que pasó a conocerse como la teoría de la conducta planeada (Ajzen, 1985, 1991; *véase* la Figura 5.2).

Se define el control conductual percibido como la creencia de una persona de que tiene el control sobre su propia conducta en determinadas situaciones, incluso cuando afronta determinados obstáculos (por ejemplo, creo que me resultará fácil no fumar incluso si voy al bar por la tarde). El modelo también proponía que el control conductual percibido influiría directamente sobre la intención y, así, indirectamente sobre la conducta.

También se consideraba que era posible que existiera una relación directa entre el control conductual percibido y la conducta si las percepciones del control eran precisas, lo que significa que, si una persona cree que tiene el control sobre su dieta, puede muy bien tener la intención de cambiarla y, posteriormente, hacerlo, pero si la preparación de la alimentación está, de hecho, en manos de otra persona, el cambio de conducta es menos probable incluso si se tiene una intención positiva) (Rutter y Quine, 2002: 12). Las propias creencias sobre el control conductual percibido están influidas por muchos factores, incluyendo la conducta previa y los éxitos y fracasos anteriores respecto a la conducta en cuestión, y, así, el constructo control conductual percibido es muy parecido al de autoeficacia. Por ejemplo, una persona que nunca ha intentado dejar de fumar antes puede tener menores creencias sobre el control conductual percibido que otra que ha tenido éxito dejando de fumar anteriormente y que, por tanto, puede creer que le resultará relativamente fácil volver a hacerlo otra vez.

Por lo general, la teoría de la conducta planeada ha tenido más éxito para predecir el cambio de conducta que su predecesora (Sheeran y Orbell, 1998). Ajzen (1991) encuentra una correlación media entre el control conductual percibido y la intención de 0,71, por lo que es evidente que este planteamiento ha constituido una adición importante, aunque la intención sigue siendo un mejor factor de predicción de la conducta posterior que el control conductual percibido. Se ha sugerido que el control conductual percibido puede ser más potente cuando se considera en interacción con los demás elementos del modelo, como las actitudes y las motivaciones (Eagly y Chaiken, 1993), e incluso medidas más de disposición del lugar del control (por ejemplo, Armitage, 2003). En un meta-análisis a gran escala de los estudios que utilizan la TCP, sus variables explicaban entre el 40 y el 50 por ciento de la varianza de la *intención* y entre el 19 y el 38 por ciento de la varianza de la *conducta* (Sutton, 1998). La TCP ha sido puesta a prueba ampliamente respecto a la conducta de salud, o la intención conductual, y los lectores interesados pueden remitirse a la revisión de los estudios realizada por Sutton (*ibid.*) puesto que aquí sólo podemos proporcionar unos pocos ejemplos.

La TCP y la conducta preventiva

Hagger, Chatzisarantis, Biddle y Orbell (2001) quienes utilizaban la TCP para analizar las intenciones y la conducta de ejercicio físico de los niños, encontraron que las actitudes, el control conductual percibido y la intención eran influencias significativas sobre la conducta de realización de ejercicio físico en el seguimiento llevado a cabo una semana más tarde. El control conductual percibido y la actitud predecían, ambos, la intención mientras que, sorprendentemente, la norma subjetiva no. Esto contrasta con un estudio anterior de Godin y Shephard (1986) con exactamente el mismo grupo de edad, en el que la norma subjetiva sí era predictiva. Sin embargo, existen varias diferencias entre los dos estudios, incluyendo, por ejemplo, el hecho de que la muestra de Godin era americana, donde los beneficios del ejercicio o los riesgos de la obesidad son, posiblemente, más

conocidos durante los últimos 25 años, reforzando hipotéticamente el papel de las actitudes y creencias personales sobre la norma social.

El aprovechamiento de las oportunidades de someterse a pruebas para detectar el cáncer de útero y el cáncer de mama ha sido muy estudiado. Por ejemplo, Rutter (2000) descubrió que la intención de asistir a las pruebas se podía predecir mediante la actitud, el control conductual percibido y la norma subjetiva, aunque sólo la actitud y la norma subjetiva predecían el sometimiento a la prueba. Los estudios de las pruebas personales, en cuanto a autoexploración mamaria o testicular, ofrecen diferencias parecidas entre los factores de predicción de la intención comparados con los factores de predicción de la conducta real, pero es esencial realizar estudios más longitudinales si se quiere confirmar una relación causal.

Armitage y Connor (2002) han descubierto que la intención de comer o no comer una dieta con bajo contenido en grasa podría diferenciarse a partir de actitudes más positivas hacia la dieta con bajo contenido en grasa (mayores expectativas y valor del resultado), aunque hay que señalar que la intervención posterior dirigida a las actitudes tuvo un efecto limitado sobre la conducta nutritiva real.

Hunter, Grunfeld y Ramirez (2003) han analizado los factores de predicción de la intención de acudir al médico de cabecera ante síntomas de cáncer de mama entre una muestra de mujeres de la población en general. Las actitudes hacia acudir al médico [por ejemplo, «pedir cita con el médico por un síntoma que podría ser un cáncer» sería bueno/malo, beneficio/perjudicial, agradable/desagradable, sensato/sin sentido, necesario/in necesario] y el control conductual percibido (por ejemplo «no hay nada que pueda hacer para asegurarme de que me ayudan ante un síntoma de cáncer de mama»: de acuerdo-en desacuerdo (escala de siete puntos)] explicaban una pequeña pero significativa parte de la varianza de la intención (7,1%). Las normas subjetivas no predecían la intención de buscar ayuda ante esos síntomas. Es importante señalar que los autores también analizaron las percepciones que tenían las participantes sobre el cáncer (**representaciones de la enfermedad**; véase el Capítulo 9) e introdujeron estas variables en el análisis de regresión antes de las variables de la TCP. Las representaciones de la enfermedad explicaban el 22 por ciento de la varianza de la intención conductual y las variables de la TCP explicaban otro 7,1 por ciento más. Esto destaca la importancia de tener en cuenta las percepciones individuales de las enfermedades con las que está relacionada la conducta en cuestión. Por ejemplo, cuando se analiza el hábito de fumar, tal vez sería necesario tener más en cuenta las percepciones del cáncer o de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Los estudios transversales de las variables de la TCP y de la intención de someterse a pruebas no han encontrado que la norma subjetiva y el control conductual percibido permitan predecir significativamente la intención de someterse a una mamografía y las actitudes y el control conductual percibido permitían predecir la intención de someterse a un examen clínico de mama (Godin, Gagné, Maziade *et al.*, 2001). En el recuadro sobre HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN se presenta un estudio longitudinal prospectivo de los factores de predicción del sometimiento a las mamografías.

Representaciones de la enfermedad

Creencias sobre una determinada enfermedad y estado de mala salud, comúnmente adscrito a los cinco dominios descritos por Leventhal: identidad, transcurso, causa, consecuencias y control/cura.

Hallazgos de la investigación

La saliencia de las creencias y las variables de la teoría de la conducta planeada predicen la asistencia a las pruebas de diagnóstico del cáncer de mama

Steadman, Rutter y Field (2002). *British Journal of Health Psychology*, 7: 317-331.

Antecedentes

Este estudio parte de las conclusiones de estudios anteriores utilizando la teoría de la conducta planeada en los que se ha descubierto que las creencias sobre la norma subjetiva constituyen explicaciones parciales de la intención de actuar (además de la actitud y del control conductual percibido) pero con menos frecuencia permiten predecir la conducta. En estos estudios se suele evaluar la norma subjetiva pidiendo a los individuos que afirmen cuáles creen que son las normas y expectativas que tienen una serie de personas respecto a la conducta en cuestión. Con este método de indagación se pide al individuo que piense en muchas personas o muchas influencias y lo que se analiza es una creencia «modal». Lo mismo se aplica al cálculo de actitudes, ya que se utilizan los totales, más que analizar la fuerza y saliencia de las actitudes del individuo. Steadman y colaboradores afirman que en las creencias modales puede haber una o más creencias muy salientes que tienen una gran importancia para el individuo y que la predicción de los resultados se mejorará si se analizan esas creencias de mayor saliencia en vez de las creencias modales.

Saliencia
Fortaleza e
importancia.

Objetivos del estudio

Determinar tanto las creencias modales sobre la norma subjetiva como las creencias salientes individuales de una muestra de mujeres que han sido invitadas a someterse a una mamografía, o bien porque tenían entre 50 y 53 años y se habían incorporado al grupo de personas a las que realizarles este *screening*, o como mujeres más mayores (54-64) que se volvían a someter como parte del programa de mamografías del National Health Service. Se hipotetizó que las creencias individuales sobre la norma subjetiva tendrían una relación más fuerte con la intención y con el posterior sometimiento a las mamografías que las creencias modales sobre la norma subjetiva.

Métodos

Aleatoriamente, 1.000 mujeres fueron asignadas a un grupo al que se entrega un cuestionario compuesto por ítems que evaluaban las variables de la teoría de la conducta planeada, incluyendo una sección que evaluaba las creencias modales sobre la norma subjetiva, o a un grupo cuyo cuestionario era el mismo en esencia pero incluyendo una sección que permitía a las participantes generar creencias individuales sobre las normas subjetivas. El primer grupo contestó a preguntas acerca de si «Mi marido o pareja/hija/amigos/médico de cabecera/hermana/amigos de mi religión/expertos de los medios... creen que me debo someter a una mamografía si se me ofrece la oportunidad», seguida de otra pregunta más para cada influencia reconocida: «En términos generales, quiero hacer lo que (la influencia específica reconocida, por ejemplo, el marido) cree que debo hacer» (motivación para cumplir con la norma subjetiva). A continuación se sumaban las puntuaciones de cada

ítem. En la segunda condición se invitaba primero a las mujeres a indicar una persona «en particular» que querría que se sometieran a la prueba y, si la había, se les pedía que especificaran de quién se trataba, y que después asignaran una puntuación a su motivación para cumplir los deseos de esa persona. Si no podían identificar a una persona en concreto (la más prominente), se las invitaba a pensar en hasta seis personas y a que puntuaran su motivación para cumplir los deseos de cada uno de estos individuos.

Resultados

El 64 por ciento de la muestra inicial completó el estudio. El 15 por ciento de las mujeres en la condición individual fue incapaz de indicar una influencia normativa, y el 9 por ciento de la condición modal calificó de «irrelevante» cada una de las influencias normativas potenciales. No se siguieron utilizando los datos de estas mujeres.

El número medio de influencias normativas expresado en la condición individual era significativamente inferior al número medio de influencias en la condición modal (media 2,11; desviación típica 1,04) comparado con la media de 4,17 (d.t. 1,72), pero su calificación general de la norma subjetiva era significativamente mayor (media 18,12; d.t. 4,14) comparada con la media 13,97 (d.t. 5,33). Las parejas eran la influencia normativa más frecuentemente mencionada en el grupo individual (74%), mientras que en el grupo modal la fuente más frecuente era el médico de cabecera (88%). No se encontraron diferencias entre los grupos en los otros elementos de la teoría de la conducta planeada, es decir, la actitud, el control conductual percibido o la intención.

Contrariamente a la hipótesis, no apareció una relación más fuerte entre la norma subjetiva individual y la intención conductual que entre las creencias modales sobre la norma subjetiva y la intención. (En los dos grupos las actitudes y el control conductual percibido también estaban correlacionados con la intención.) Sin embargo, había una significativa relación entre la norma subjetiva individual y la asistencia posterior a la prueba (la actitud y la intención también estaban correlacionadas con la asistencia), mientras que las normas subjetivas modales no estaban relacionadas con la asistencia (ni tampoco lo estaban la actitud o el control conductual percibido, aunque sí la intención).

A continuación se contrastaron estas correlaciones de forma prospectiva. Para la condición que evaluaba las creencias modales sobre la norma subjetiva, los resultados apoyaron el modelo de la teoría de la conducta planeada (la actitud, la norma subjetiva y el control conductual percibido predecían el 30 por ciento de la varianza de la intención, pero no de la conducta), y la intención predecía el 7 por ciento de la varianza de la conducta. Por el contrario, en la condición que valoraba las creencias individuales sobre la norma subjetiva se encontraron relaciones directas entre la actitud, la norma subjetiva, el control conductual percibido y la intención (se explicaba el 24% de la varianza) pero, además, la norma subjetiva tenía un efecto directo sobre la asistencia real a las pruebas, lo que se sumaba a la predicción ofrecida por la intención conductual (13% de varianza explicada). Aunque estos hallazgos sugieren que se puede predecir mejor la asistencia a las pruebas evaluando las normas subjetivas salientes individuales, la diferencia entre las dos condiciones (creencias modales frente a creencias individuales de la norma subjetiva) no era, de hecho, significativa.

Los análisis adicionales que sólo examinaban las dos primeras influencias normativas de la condición individual encontraron que estos datos explicaban la totalidad de los datos sobre la norma subjetiva, sugiriendo que las influencias normativas que se nombraban

primero eran las más salientes. Análogamente, cuando se analizaron individualmente las influencias normativas en la condición modal, sólo las relativas al marido/pareja tuvieron una relación significativa con la intención y la conducta.

Discusión

Los resultados sólo confirmaron parcialmente las hipótesis de los autores. No había una relación más fuerte entre las creencias individuales y la intención o la conducta de asistencia a las pruebas que entre las creencias modales y la intención o el acudir a la realización de las pruebas. Sin embargo, había evidencia de que las creencias individuales aumentaban la predicción de la asistencia, un resultado que no se encontró respecto a las creencias modales sobre la norma subjetiva. Los estudios anteriores no han mostrado un efecto de la norma subjetiva sobre la conducta de realizarse la mamografía, y podría ser, como concluyen los autores, debido a que «una norma subjetiva generada de forma individual es una estimación más sensible y precisa del auténtico efecto de la presión normativa» (p. 327). Se confirmó la hipótesis de que la influencia de los individuos que se mencionan primero sería el factor de predicción más saliente. El hallazgo de que, en el grupo modal, aunque la norma subjetiva total no tenía relación con la conducta de realizarse las pruebas, sí que la tenían los elementos relativos al marido/pareja, es extremadamente importante. Este resultado podría explicar por qué muy pocos estudios habían encontrado anteriormente efectos de la norma subjetiva sobre la conducta; es decir, han estado utilizando datos agrupados sobre la norma subjetiva sin tener en cuenta que es posible que distintas influencias normativas sean más salientes que otras. Las implicaciones de este hallazgo son relevantes en sí para la manera en que futuros estudios deben evaluar los elementos de la TCP.

Merece la pena destacar que, aunque la supresión de los datos de aquellas personas que no podían identificar una influencia normativa sobre su conducta fue necesaria para este estudio, este grupo de mujeres constituyen un interesante grupo en tanto en cuanto sus decisiones sobre el sometimiento a una mamografía se realizaban muy probablemente en función de sus propias decisiones individuales.

La TCP y la conducta de reducción del riesgo

Aquí vamos a ilustrar brevemente dos ejemplos muy diferentes de una conducta de «riesgo»: fumar, que es fundamentalmente una conducta individual que sólo requiere una persona para llevarse a cabo (aunque hay, indiscutiblemente, influencias y consecuencias sociales) y que se suele considerar «adictiva»; y, segundo, las relaciones sexuales sin protección, una conducta que, por lo general, requiere que haya dos individuos. La conducta sexual implica un encuentro o interacción social, y es probable que esté más influida por la situación. A diferencia del tabaco, pocos afirmarían que el sexo es adictivo para la mayoría de los individuos que lo practican (aunque puede existir para algunos una adicción sexual, véase Oxford, 2001). Hay suficientes diferencias entre estos dos tipos de conducta como para, tal vez, esperar que los factores de predicción de cada una difieran.

Respecto a la conducta de fumar, Godin, Valoise, Lepage *et al.* (1992) afirman que la frecuencia del consumo de tabaco durante un periodo de

seis meses entre una muestra de la población general podía explicarse fundamentalmente por unas creencias de un reducido control conductual percibido. Norman, Conner y Bell (1999) aplicaron la TCP al abandono del hábito de fumar y encontraron que el mejor indicador de la intención de dejarlo era el control conductual percibido, pero también las creencias sobre la vulnerabilidad personal a las repercusiones sanitarias negativas de seguir fumando. Pocos estudios han aplicado realmente la TCP a dejar de fumar, reconociendo que la conducta adictiva está sujeta a la contribución y al control de otros factores que la conducta con un carácter más volitivo. Sin embargo, aun así, se ha descubierto que las creencias sobre el control de una conducta y, en particular, las creencias sobre la autoeficacia (tal y como quedan definidas en el modelo posterior, la aproximación del proceso de acción para la salud) son relevantes.

Sutton, McVey y Glanz (1999) han comparado la TAR y la TCP para predecir la utilización de preservativos y no han encontrado que el control conductual percibido mejorara significativamente la explicación dada por los elementos de la teoría de la acción razonada. Y esto, a pesar del hecho de que el control conductual percibido ha sido citado como relevante para las mujeres respecto al uso de los preservativos en las relaciones sexuales (por ejemplo, Abraham, Sheeran, Abrams *et al.*, 1996; Bury, Morrison y MacLachlan, 1992; Chan y Fishbein, 1993; Yzer, Fisher, Bakker *et al.*, 1998). Los factores relacionados con la utilización del preservativo incluyen la utilización previa del mismo, una actitud positiva hacia su utilización, normas subjetivas de uso por parte de los demás, autoeficacia en relación tanto a la adquisición como al uso de preservativos, e intenciones conductuales (*véase* el meta-análisis de Sheeran, Abraham y Orbell, 1999). Sin embargo, se han realizado muchos estudios sobre poblaciones de jóvenes adultos con educación superior (por ejemplo, estudiantes) en vez de en poblaciones más «caóticas», como usuarios de drogas por vía intravenosa, que tienen un riesgo superior a la media de infección de VIH (por ejemplo, Morrison, 1991a) y para quienes el cambio de conducta es crucial. También es importante abordar si las parejas sexuales son a largo plazo o casuales, puesto que esto también afectará al riesgo real y, posiblemente, al riesgo percibido, así como, potencialmente, a las actitudes hacia la necesidad y la importancia de practicar un «sexo seguro». Es probable que estos factores influyan en si se plantea o no el tema de utilizar preservativos a la potencial pareja. Se ha sugerido que, para algunos individuos, la no utilización de los preservativos (o su utilización) depende menos de la intención (y, por consiguiente, de los procesos cognitivos que la teoría de la conducta planeada afirma que preceden a la intención) que del hábito y, por tanto, las intervenciones deberían orientarse a las etapas en las que se inicia la vida sexual activa para facilitar el desarrollo de hábitos de «sexo más seguro» (*véase*, Yzer, Siero y Buunk, 2001).

Limitaciones de la TCP

La capacidad predictiva de la conducta a partir de las variables de la TCP es significativamente inferior que la predicción de la intención conductual (por ejemplo, Godin y Kok, 1996), lo que proporciona una fuerte eviden-

cia de la necesidad de identificar más variables que lleven al individuo a pasar de la intención a la acción. Aunque el modelo afirma que es «suficiente», es decir, que las otras variables que *no* están en el modelo no proporcionarían una predicción mayor de la intención o de la conducta, varios autores han puesto en duda esta afirmación y señalan que hay otros factores que, de hecho, mejoran la explicación de la varianza de la intención y, consiguientemente, de la conducta. Éstos incluyen variables que son, o bien afectivas (emocionales), o que bien están relacionadas con el proceso de planificación implicada en la iniciación de la acción que sigue a la generación de la intención:

- «*Normas morales*»: en vez de que la conducta esté influida únicamente por las normas sociales subjetivas como en la TCP, se admite que algunas intenciones y conductas pueden estar parcialmente motivadas por normas morales, en particular las conductas que implican directamente a otros, como la utilización del preservativo o conducir en estado de embriaguez (por ejemplo, Evans y Norman, 2002; Armitage y Conner, 1998; Manstead, 2000).
- *Remordimiento anticipado* (Triandis, 1977; Bell, 1982): se ha visto que la anticipación del remordimiento si se toma determinada decisión sobre una conducta influye tanto sobre las intenciones de conducta futura como sobre la propia conducta futura. Por ejemplo, la anticipación del remordimiento sobre el hecho de mantener relaciones sexuales sin protección aumentaba la intención de los individuos de utilizar los preservativos (por ejemplo, Richard, van der Pligt y de Vries, 1996; van der Pligt y de Vries, 1998), aunque respecto a una única ocasión de consumo excesivo de alcohol, el efecto negativo anticipado no estaba relacionado con cambios en la intención o en la conducta de consumir alcohol (Murgraff, McDermott, White y Phillips, 1999). La naturaleza de la conducta, y cómo se percibe (por ejemplo, sexo sin protección arriesgado/consumo de alcohol menos arriesgado) puede, por tanto, moderar el efecto del remordimiento anticipado, por lo que es necesario que futuras investigaciones analicen esta cuestión. Perugini y Bagozzi (2001) proponen que las emociones anticipadas (incluyendo el remordimiento) se deben a la consideración por parte del individuo de la probabilidad de obtener, o no, los resultados o metas deseables de la conducta.
- *Identidad propia*: la forma en que uno se percibe y se califica a sí mismo puede influir sobre la intención más allá del efecto de las principales variables de la teoría de la conducta planeada. Por ejemplo, la identificación propia como un «consumidor verde» aumentó la intención de comer verduras orgánicas (Sparks y Shepherd, 1992), que sugiere que nos comportamos de forma coherente con nuestra autoimagen.
- *Intención de implantación*: se considera que la creación de una intención de implantación forma parte de un proceso por el que la intención pasa a la acción, es decir, reducción de la distancia entre intención y conducta destacada por las limitaciones de la predicción de la conducta de los estudios sobre la TCP (véase más adelante).

- Armitage, Conner, Loach y Willetts (1999) compararon la utilidad de predicción de las *creencias sobre autoeficacia* con la de las *creencias sobre el control conductual percibido* respecto a la utilización de drogas legales e ilegales, y concluyeron que las creencias sobre autoeficacia estaban más relacionadas con la conducta que las creencias sobre el control conductual percibido.

Estos posibles añadidos a las teorías del cambio de conducta, la autoeficacia, el remordimiento anticipado y las intenciones de implantación de la conducta están actualmente recibiendo más atención de la investigación y más respaldo empírico en cuanto a una mejor explicación de la conducta.

■ Intenciones de implantación

Una de las razones por las que la gente puede no siempre llevar sus intenciones a la acción es que no ha hecho planes adecuados sobre cómo, cuándo y dónde va a llevarla a cabo. Gollwitzer sugiere que los individuos tienen que cambiar de tener una mentalidad típica de la fase de motivación (antes de actuar) hacia una mentalidad de implantación, que se encuentra en la fase de volición (actuar) (Gollwitzer, 1993, 1999; Gollwitzer y Oettingen, 1998; Gollwitzer y Schaall, 1998). Los individuos tienen que hacer un plan específico sobre «cuándo, dónde y cómo» que los comprometa a actuar en determinado momento y lugar utilizando un método concreto de acción. Por ejemplo, en vez de afirmar, como es típico en las medidas de la TCP, lo fuerte que es mi intención de dejar de fumar, la intención de implantación me requeriría que afirme que tengo la intención de dejar de fumar a primera hora del próximo domingo, en casa, utilizando un parche de nicotina. Aunque Ogden (2003) afirma que este método de retar es manipulativo, más que descriptivo, y sirve a un propósito distinto del de simplemente plantear preguntas sobre las actitudes o creencias de un individuo (es decir, que tiene como propósito la intervención y no la descripción), muchos estudios incluyen en la actualidad una medida de la intención de implantación de la conducta.

Se pueden diferenciar las intenciones sobre metas de las intenciones de implantación; por ejemplo:

- intención de meta: «tengo la intención de ponerme a régimen» (motivacional, parte de la teoría de la conducta planificada);
- intención de implantación: «tengo la intención de ponerme a régimen el lunes después de mi fiesta del fin de semana» (planificación, no forma parte de la teoría de la conducta planeada).

Se ha demostrado que las intenciones de implantación aumentan el compromiso de un individuo con su decisión y la probabilidad de que alcance determinada meta realizando la acción intencionada. Por ejemplo, Orbell, Hodgkins y Sheeran (1997) han evaluado las actitudes, normas sociales e intenciones de mujeres de hacerse una autoexploración de mama y después instruyeron a la mitad de la muestra en que definiera una intención de implantación respecto a cuándo y dónde iban a llevar a cabo la exploración. Esta mitad de la muestra mostró una tasa significativamente superior de

autoexploraciones posteriores que la muestra que no había definido una intención de implementación.

Se pueden superar las barreras que se suelen mencionar para alcanzar las metas o implantar la conducta pretendida, como el olvido o la distracción, haciendo que el individuo se comprometa a realizar un determinado curso de acción cuando se presenten las condiciones del entorno especificadas en su intención de implantación (Rutter y Quine, 2002: 15). Para ilustrarlo, Gollwitzer y Brandstätter (1997) describen cómo la intención de implementación crea una relación mental entre la situación específica (por ejemplo, el lunes que viene) y la conducta (por ejemplo, ponerse a régimen). Parece probable que las intenciones de implantación consigan sus efectos haciendo que la acción sea más automática, es decir, como respuesta a los estímulos situacionales establecidos en la intención de implementación y, así, permitir a las personas superar el tipo de dilación de «¿cuándo voy a hacerlo?» que hace que muchas intenciones no pasen a la acción.

Gollwitzer (1999) también señala que, aunque la definición de metas más próximas (más inmediatas) da lugar a una mejor consecución de la meta que la definición de metas distantes (a largo plazo), las intenciones de implantación muestran una persistencia a lo largo del tiempo. Por ejemplo, la definición de una intención de implantación de tomar vitaminas se mantuvo durante un periodo de tres semanas en el estudio de Sheeran y Orbell (1999). Este tipo de resultado podría tener repercusiones para diversos grupos; por ejemplo, se podría animar a los pacientes hospitalizados a hacer una intención de implantación sobre su rehabilitación en su propio hogar para mejorar el cumplimiento de los ejercicios y la recuperación tras el alta. Aunque algunas personas definen de forma espontánea las intenciones de implementación cuando generan su intención de motivación («quiero hacer ejercicio»), otras muchas no lo hacen y, por tanto, el animar a hacer una intención de implantación ofrece una vía fructífera para la intervención y la educación para la salud (véase el Capítulo 6).

Por lo general, la consecución de las metas se ve influida por el valor que se otorga al resultado probable; por la creencia de que la meta es alcanzable gracias a las acciones propias, es decir, autoeficacia; y por la recepción de información sobre los progresos logrados (especialmente importante cuando existen metas a largo plazo, como la pérdida de peso) (Locke y Latham, 2002). Resulta evidente que los modelos sobre el cambio de la conducta de salud tienen que abordar efectivamente las metas personales.

Cuestiones

Cómo puede afectar el método de medición a los datos obtenidos

Se ha sugerido que los estudios que evidencian un optimismo irreal en una muestra pueden, de hecho, estar padeciendo un problema de medición; es decir, puede que aparezca el optimismo irreal debido a la forma en que se plantean las preguntas (Harris y Middleton, 1994). Weinstein planteó inicialmente tan sólo una pregunta para intentar determi-

nar la presencia del optimismo irreal: «comparado con otras personas de mi mismo sexo/ edad... mis posibilidades de padecer la «enfermedad X» son... (altas/medias/bajas)». Sin embargo, en otros estudios se han planteado dos preguntas: la primera generaba una calificación del riesgo personal, y la segunda una calificación del riesgo de terceras personas en circunstancias análogas (véase, por ejemplo, Perloff y Fetzer, 1986; van der Velde, Hooykaas y van der Pligt, 1992), considerándose que hay un optimismo irreal cuando la segunda calificación es mayor que la primera. Hoorens y Buunk (1993) manipularon el orden de estas dos preguntas y también el grupo de referencia en el que tenía que pensar su muestra de adolescentes cuando hacían sus valoraciones del riesgo. Encontraron efectos significativos del orden, por lo que los que clasificaban primero su riesgo personal, y después el riesgo comparativo de los demás, mostraban un menor nivel de optimismo irreal que los que recibían las preguntas en el orden inverso.

Para ilustrar aún más los efectos del orden, Budd (1987) desarrolló un experimento en el que se alteraba el orden de los elementos de la teoría de la acción razonada en diferentes versiones de un cuestionario. Descubrió que la alteración del orden cambiaba significativamente las correlaciones entre las percepciones de la amenaza, la actitud, las creencias normativas y la intención de, o bien fumar, o lavarse los dientes tres veces al día o hacer ejercicio durante 20 minutos. Sheeran y Orbell (1996) intentaron reproducir este estudio utilizando los elementos de la *teoría de la motivación protectora* (véase más adelante en este mismo capítulo) respecto a una conducta distinta, la de la utilización del preservativo y del hilo dental. Aunque encontraron menores efectos del orden, sí obtuvieron un cambio en las correlaciones entre algunas variables cognitivas clave. Estos autores también afirman que la puntuación que se da en una escala de deseabilidad social, junto con la saliencia percibida (relevancia e importancia para el individuo) de la conducta que se está abordando tiene efectos pequeños pero fiables sobre las relaciones entre las creencias de salud evaluadas en la teoría de la motivación protectora. Estos tipos de estudios destacan la necesidad de que los investigadores tengan en cuenta los posibles efectos de las exigencias y los factores sobre el diseño del cuestionario cuando interpretan sus conclusiones.

Ogden (2003) destaca aún más estas cuestiones en una revisión de 47 artículos empíricos que contrastaban los modelos de cognición social destacados en este capítulo. La autora concluye que, aunque los modelos de cognición social ofrecían herramientas útiles para guiar la investigación, y que la investigación había proporcionado evidencia empírica sobre muchos elementos del modelo que explican y predicen la conducta de salud, muchos hallazgos no apoyaban, de hecho, las relaciones previstas por la teoría. Ogden sugiere que parte del «problema» es que los elementos de estos modelos se evalúan generalmente utilizando cuestionarios de respuesta múltiple que pueden en sí mismos generar creencias sobre las conductas estudiadas. Por ejemplo, un cuestionario con elementos que abordan la susceptibilidad percibida a una determinada enfermedad, puede aumentar la sensibilización sobre un tema o puede hacer que el individuo reflexione sobre su propia conducta y cambie su estructura de creencias. Potencialmente, estas creencias modificadas pueden cambiar la conducta posterior. Por ejemplo, un reciente estudio de investigación analizaba las creencias e intenciones sobre un futuro e hipotético sometimiento a una prueba genética del cáncer de mama (por ejemplo, Morrison *et al.*, 2005, en revisión) y pedía a los participantes que calificaran sus actitudes hacia las pruebas genéticas, sus expectativas sobre los resultados, los beneficios o barreras percibidas de hacerse las pruebas, y sus intenciones de someterse a la pruebas si éstas estuvieran disponibles.

Para algunos individuos, este tipo de preguntas les hizo probablemente pensar sobre algo en lo que no habían pensado antes. Las preguntas proporcionan información al participante sobre la conducta: por ejemplo, «¿hasta qué punto cree que las pruebas genéticas reducirán la incertidumbre sobre el riesgo a largo plazo de contraer cáncer de mama?»; «¿le permitirán tomar decisiones positivas sobre su futuro?», y esta información podría, potencialmente, cambiar las creencias y actitudes. Algunos de los métodos de medición utilizados frecuentemente en la psicología de la salud, que pretenden describir las creencias o la conducta, podrían, de hecho, ¡actuar involuntariamente como intervención cognitiva! La dirección del cambio puede ser manipulada alterando la forma de expresar las preguntas, de la misma manera que otros estudios intentan alterar las creencias manipulando el carácter de la información proporcionada (por ejemplo, Morrison *et al.*, 2005). Aunque podría ser deseable en determinadas circunstancias, este problema de las preguntas como intervención requiere una mayor atención en los diseños de la investigación y un mayor reconocimiento cuando se analizan los resultados.

Modelos por etapas de la conducta de salud

Hasta ahora en este capítulo hemos revisado modelos estáticos o de continuo, que describen elementos adicionales por los que las percepciones o creencias (o el conjunto de ellas) se utilizan de forma combinada para intentar predecir en qué punto de un continuo se encontrará un individuo, en términos de intención o de conducta. Los modelos por etapas, por su parte, consideran que los individuos se encuentran en «etapas discretas ordenadas» y cada una denota una mayor inclinación a cambiar el resultado que la etapa anterior (Rutter y Quine, 2002: 16). Los modelos descritos en esta última sección son modelos por etapas.

Según Weinstein (Weinstein, Rothman y Sutton, 1998; Weinstein y Sandman, 2002), una teoría por etapas tiene cuatro propiedades:

1. *Un sistema de clasificación para definir las etapas*: se acepta que las clasificaciones de las etapas son constructos teóricos y, aunque se define un prototipo para cada etapa, pocas personas se ajustarán de forma perfecta a este ideal.
2. *Orden de las etapas*: la gente debe pasar a través de todas las etapas para llegar al punto final de acción o mantenimiento, pero la progresión hasta el punto final no es ni inevitable ni irreversible. Por ejemplo, una persona puede decidir dejar de fumar pero no hacerlo; o puede dejar de fumar pero volver al hábito cierto tiempo más tarde.
3. *Barreras comunes para el cambio que tiene que superar la gente en el mismo estadio*: esta idea podría ser útil para animar la progresión a través de las etapas si las personas que se encuentran en una etapa tienen que superar problemas similares, por ejemplo, si una reducida autoeficacia actuara como una barrera común al inicio de un cambio dietético.

4. *Distintas barreras para el cambio que tienen que superar las personas que se encuentran en distintas etapas*: si los factores que hicieran que se pase a la siguiente etapa fueran los mismos independientemente de la etapa (por ejemplo, la autoeficacia), se podría utilizar la misma intervención para todas las etapas, por lo que éstas resultarían redundantes. Existe amplia evidencia empírica de que las barreras son distintas en las diferentes etapas (*véase más adelante*).

El modelo transteórico de la salud

Este modelo fue desarrollado por Prochaska y di Clemente (1984) para abordar el cambio conductual intencional, y fue aplicado inicialmente al abandono del hábito de fumar (por ejemplo, di Clemente, Prochaska, Fairhurst *et al.*, 1991) aunque estos autores han analizado ahora gran variedad de conductas en sus trabajos para validar la existencia de «etapas de cambio» (por ejemplo: abandono del hábito de fumar, dejar la cocaína, empezar a hacer ejercicio, utilizar siempre el preservativo, ponerse cremas de protección solar, controlar el peso, hacerse pruebas de radón, reducir la ingesta de materia grasa, someterse a mamografías e, incluso, modificar la conducta criminal; Prochaska, 1994; Prochaska, Velicer, Rossi *et al.*, 1994).

El modelo parte de dos supuestos generales: que los individuos pasan a través de las etapas de cambio; y que los procesos que se producen en cada etapa difieren. Como tal, el modelo cumple varios de los requisitos destacados anteriormente por Weinstein.

■ **Etapas del cambio**

Las etapas del cambio propuestas por el modelo transteórico son fases de preparación motivacional y se destacan a continuación, utilizando como ejemplo la conducta dietética:

- *Precontemplación*: una persona que no está pensando realmente en someterse a un régimen dietético, ni tiene la intención de cambiar la ingesta de alimentos en los próximos seis meses, puede que no considere que tiene un problema de peso.
- *Contemplación*: por ejemplo, «creo que tengo que perder algo de peso, pero todavía no» refleja la sensibilización sobre la necesidad de perder peso y de pensar en hacerlo. Generalmente se evalúa como la planificación de cambiar en los próximos seis meses.
- *Preparación*: una persona está dispuesta a cambiar y fijar metas como imponerse una fecha de inicio para el régimen (en los próximos tres meses). La etapa incluye pensamiento y acción, y los individuos definen planes específicos sobre el cambio.
- *Acción*: por ejemplo, una persona empieza a comer fruta en vez de galletas, cambio de la conducta manifiesta.
- *Mantenimiento*: sigue con su cambio en la dieta, resiste la tentación.

Aunque las etapas anteriores son las cinco que más comúnmente se mencionan, también hay:

- *Terminación*: cuando el cambio de conducta se ha mantenido durante un periodo adecuado para que la persona no sienta la tentación de recaer y crea en su total autoeficacia para mantener el cambio.
- *Recaída*: di Clemente y Velicer (1997) reconocen que la recaída (cuando la persona regresa a su patrón de conducta anterior y vuelve a una etapa previa) es frecuente y se puede producir en cualquier etapa. Por tanto, no se trata de un periodo adicional al final del ciclo como alternativa a la terminación.

Los individuos no pasan necesariamente de forma paulatina de una etapa a otra. Por ejemplo, algunas personas pueden volver atrás desde la preparación a la contemplación y permanecer ahí durante cierto tiempo, incluso meses o años, antes de volver a la etapa de preparación y pasar con éxito a la acción. Para otras, la acción puede fallar, puede que nunca logren el mantenimiento, y la recaída es común. Por tanto, el modelo permite un «reciclaje» de una etapa a otra y, a veces, se conoce como un modelo «en espiral» (por ejemplo, Prochaska, Norcross, Fowler *et al.*, 1992). Generalmente se considera que las dos primeras etapas están definidas por la intención o la motivación, la etapa de preparación combina criterios intencionales y conductuales (volición), mientras que las etapas de acción y mantenimiento son puramente conductuales (Prochaska y Marcus, 1994).

Para ayudar a comprender los factores que influyen sobre la progresión a través de las etapas, el modelo destaca los procesos psicológicos que se considera que están en juego en las distintas etapas (siendo algunos procesos importantes en más de una etapa). Estos procesos incluyen las actividades manifiestas o encubiertas que realizan los individuos para ayudarles a progresar, buscando, por ejemplo, el apoyo social y evitando situaciones que «eliciten» la conducta, así como procesos más «experienciales» por los que pueden pasar los individuos, emocional y cognitivamente, como la reevaluación propia o el aumento de la concienciación.

Estos y otros procesos son los objetivos de la intervención para «llevar» a los individuos a través de las etapas hacia un cambio de conducta efectivo y mantenido: por ejemplo, intervenciones para la mejora de la motivación, o el entrenamiento en autoeficacia (*véase* el Capítulo 6).

- En la etapa de precontemplación es más probable que los individuos utilicen la negación y/o puedan afirmar tener creencias de autoeficacia (para cambiar) más reducidas y más barreras para el cambio.
- En la etapa de contemplación es más probable que los individuos busquen información y pueden afirmar que tienen menores barreras para cambiar y mayores beneficios, aunque puede que todavía subestimen su susceptibilidad a la amenaza sanitaria en cuestión.
- En la etapa de preparación los individuos empiezan a fijar sus metas y prioridades, y algunos harán planes concretos (parecidos a las intenciones de implantación tal y como se describieron en una sección anterior) y pequeños cambios de conducta (por ejemplo, apuntarse a un gimnasio). Algunos pueden estar fijando metas irreales sobre el

éxito, o subestimando su propia capacidad de tener éxito. La motivación y la autoeficacia son cruciales para elicitar la acción.

- En la etapa de acción es crucial definir metas realistas si se quiere que se mantenga la acción. El uso del apoyo social es importante para recibir el refuerzo que ayudará a mantener el cambio del estilo de vida.
- Muchos individuos, por ejemplo hasta el 80 por ciento de los fumadores que dejan de fumar (Oldenburg, Glanz y French, 1999), no lograrán mantener el cambio de conducta y recaerán o se «volverán de nuevo» a la etapa de contemplación de un futuro intento de cambio. Se puede mejorar el mantenimiento mediante la autoobservación y el refuerzo.

La percepción de las barreras y los beneficios, o «pros y contras» también se encontró que diferían entre las distintas etapas; por ejemplo, un individuo en la etapa de contemplación se centrará probablemente tanto en los beneficios como en las barreras del cambio, pero se dará más importancia a las barreras (por ejemplo, «incluso si estoy más sano a largo plazo, lo más probable es que engorde si dejo de fumar»), mientras que una persona que esté en la etapa de preparación se centrará probablemente más en los beneficios del cambio (por ejemplo, «incluso si engordo a corto plazo, merecerá la pena empezar a sentirse mejor»). El valor relativo entre los pros y contras se conoce como el de **balance decisional**.

Balance decisional

Donde se ponderan los costes de la conducta frente a los beneficios de la misma.

■ El modelo transteórico y la conducta preventiva

Varias intervenciones destinadas a aumentar la conducta de realización de ejercicio físico en muestras de adultos de mediana edad se han basado en el modelo transteórico. Por ejemplo, Cox, Gorely, Puddey *et al.*, (2003) han realizado una prueba longitudinal sobre un programa de cambio de conducta de ejercicio físico entre mujeres australianas sedentarias con edades comprendidas entre los 40 y los 65 años. La intervención era, o bien acudir a un centro de ejercicios, o bien hacer ejercicio en casa, promoviendo o bien un nivel de ejercicio «intenso» o bien un nivel de ejercicio «moderado». El estudio evaluaba la «etapa de cambio» de los participantes respecto a su actividad física, y también analizaba el papel de la autoeficacia y del equilibrio de la decisión respecto a los cambios en la conducta de ejercicio físico observados a lo largo del tiempo. Dieciocho meses después de la intervención se volvió a valorar a las mujeres. Se encontró un aumento de los niveles de actividad entre las personas que fueron objeto de cualquiera de las intervenciones, casi de forma independiente a la etapa de disposición en la que se encontraban las mujeres al someterse a la intervención. Además, la intervención produjo un incremento de la autoeficacia en línea con la «etapa de cambio» alcanzada (es decir, la autoeficacia aumentaba a medida que la etapa avanzaba hacia la acción) y parecía ser crítica, mientras que los resultados sobre el balance decisional no eran concluyentes. Esto refleja los resultados de Marcus y colaboradores (Marcus, Selby, Niaura *et al.*, 1992), donde las personas que hacen ejercicio de

forma regular (o bien en la etapa de acción o bien en la de mantenimiento) tenían una puntuación en autoeficacia significativamente mayor que los individuos en etapas anteriores.

■ El modelo transteórico y la conducta de reducción del riesgo

Por lo general, el concepto de las etapas del cambio ha recibido respaldo; sin embargo, varios estudios han puesto en duda si los procesos de cambio destacados por Prochaska y sus colegas son, de hecho, factores de predicción del cambio útiles. Por ejemplo, Segan, Borland y Greenwood (2002) han analizado los cambios de los procesos conductuales y experienciales, la autoeficacia y el balance decisional en una muestra de 193 individuos que se estaban preparando para dejar de fumar y hacer la transición a la etapa de acción. Los resultados sugirieron que algunos cambios de los elementos del modelo transteórico emanaban *de* la transición a la acción, en vez de precederla; por ejemplo, un incremento de la confianza en las circunstancias y un contracondicionamiento (por el que se sustituye el tabaco por una conducta positiva). No se mostraban los principales resultados sobre el efecto de los procesos conductuales y experienciales, a pesar de que el modelo transteórico afirma que actúan como «catalizadores» del cambio. Además, aunque la autoeficacia fue asociada con intentar dejar de fumar, no predecía el éxito o fracaso de dicho intento. El balance decisional no permitía predecir ningún cambio de actitud, ni de dejar de fumar, ni de mantener el no fumar o recaer.

Aunque se trata de un estudio relativamente pequeño, estos resultados han vuelto a poner en duda la validez del modelo transteórico como un modelo de cambio, y refuerzan aún más el papel central de la autoeficacia, que se aborda plenamente más adelante en nuestro análisis de un modelo más desarrollado, la aproximación del proceso de acción para la salud.

■ Limitaciones del modelo transteórico

- Prochaska y di Clemente hicieron sugerencias en relación con la existencia de un marco temporal dentro del cual los autores distinguían entre los contempladores de los que se están preparando (es decir, de los que están pensando en cambiar, pero no en los próximos seis meses, frente a los que están pensando en cambiar en los próximos tres meses), pero hay poca evidencia empírica de que sean cualitativamente distintos o difieran en cuanto a las actitudes o intenciones de los individuos que están en las diferentes etapas (por ejemplo, Godin, Lambert, Owen *et al.*, 2004; Kraft, Sutton y McCreath-Reynolds, 1999).
- Posteriormente se ha descubierto que la conducta previa es un potente factor de predicción de los futuros esfuerzos de cambio de conducta. Esto ha puesto en duda la utilidad de las etapas, que suponen que la preparación o la intención de cambiar son la clave (Sutton, 1996). Por ejemplo, Godin *et al.* (2004) presentan resultados de un modelo por el que se combina la conducta previa reciente con las intenciones futuras para crear cuatro «conglomerados» de individuos con distintos atributos en

cuanto a la conducta actual y la intención futura de hacer ejercicio. Estos autores concluyen que las actitudes y el control conductual percibido, en relación con la preparación para hacer ejercicio, están más fuertemente relacionados con la pertenencia a estas agrupaciones por etapas que con la pertenencia a las cinco etapas de cambio que no tienen en cuenta la conducta pasada. Estos resultados, si se replican en un estudio longitudinal, sugerirían que los estudios y las intervenciones deben valorar tanto las intenciones como el comportamiento actual o reciente.

- Algunos autores han puesto en duda la validez de las cinco etapas independientes de «preparación para el cambio» partiendo de datos que no consiguieron asignar a todos los participantes a una etapa concreta (por ejemplo, Budd y Rollnick, 1996). Estos datos sugieren que una variable continua de «preparación» podría ser mejor descripción de esta estructura que otra considerada en etapas discretas (Sutton, 2000).
- Puede que el modelo no aborde suficientemente los aspectos sociales de gran parte de la conducta de salud y de riesgo, como el consumo de alcohol (Marks, Murray, Evans y Willig, 2000).

El modelo del proceso de adopción de precauciones

Este modelo por etapas (Weinstein, 1988; Weinstein y Sandman, 1992) fue desarrollado como marco para comprender las acciones que se emprenden deliberadamente para reducir los riesgos para la salud, y pretendía satisfacer los criterios de las teorías por etapas definidos por el propio Weinstein (véase más arriba). Weinstein quería identificar los factores que diferenciaban las etapas del cambio para que la intervención pudiera dirigirse a los factores que tienen más probabilidades de inducir un movimiento hacia la siguiente etapa. El modelo de Weinstein tiene siete etapas, y destaca importantes omisiones del modelo transteórico (e incluso omisiones de otros modelos) (Tabla 5.1). Sin embargo, este modelo no ha sido muy utilizado, lo que queda reflejado en el espacio que le dedicamos aquí.

Tabla 5.1 Etapas del modelo transteórico y el modelo del proceso de adopción de precaución

Etapa	Modelo transteórico	Modelo del proceso de adopción de precauciones
1	Precontemplación	Ignorante del problema / No consciente del problema
2	Contemplación	Sin sentirse afectado
3	Preparación	Analizando la posibilidad de actuar/
4	Acción	Decisión de no actuar
5	Mantenimiento	Decisión de actuar
6		Acción
7		Mantenimiento

El modelo del proceso de adopción de precauciones afirma que los individuos pasan por las etapas en secuencias pero, igual que en el modelo transteórico, no hay un plazo temporal para alcanzar la etapa de acción.

La principal diferencia entre este modelo y el modelo transteórico es que el modelo del proceso de adopción de precauciones realiza un análisis más sofisticado de los individuos en las etapas previas a la acción.

Optimismo irreal

También conocido como «sesgo optimista», por el que un individuo se considera a sí mismo con menos probabilidades, en comparación con otros, de desarrollar una enfermedad o experimentar un suceso negativo.

- *Etapa 1:* en esencia, el individuo «no es consciente» de la amenaza para la salud que plantea determinada conducta; no tiene ningún conocimiento y, por tanto, ignora que haya riesgo. Es probable que ocurra cuando se está estudiando una enfermedad poco frecuente o una nueva enfermedad (como en los primeros días del VIH/SIDA o la encefalopatía espongiforme bovina) o cuando el riesgo en cuestión no ha recibido notoriedad, como la que inicialmente se atribuyó a la utilización de teléfonos móviles.
- *Etapa 2:* denominada «sin sentirse afectado», el individuo es consciente de los riesgos relacionados con determinada conducta, pero cree que los niveles en que la realiza son insuficientes para plantear una amenaza para su propia salud (sé que fumar puede provocar varias enfermedades, pero no fumo lo suficiente como para que sea una amenaza para mí). Se considera que es un «sesgo optimista» que llevó al desarrollo, por parte de Weinstein, de la estructura del **optimismo irreal** (véase más arriba).
- *Etapa 3:* una etapa de «consideración», análoga a la precontemplación. Los individuos deciden si van a actuar respecto a algo sobre lo que han reflexionado. Hay tantas cosas que compiten por obtener nuestro limitado tiempo y atención que se puede saber mucho sobre determinado peligro pero sólo haber empezado a plantearse si se puede hacer algo al respecto.
- *Etapa 4:* esta etapa es importante ya que reconoce que, aunque la amenaza percibida y la susceptibilidad pueden ser elevadas, algunas personas pueden activamente «decidir que no van a actuar», que es distinto de tener la intención de actuar pero no hacerlo.
- *Etapa 5:* etapa de «decidir actuar», parecida a la intención/preparación. Hay importantes diferencias entre los individuos con una postura definitiva que han decidido actuar y los que están indecisos (etapa 3). Los individuos que se encuentran en la etapa 3 pueden estar más abiertos a la información y a la persuasión que los que tienen una postura definitiva (han decidido no actuar en la etapa 4 o han decidido actuar, como en la etapa 5). Como se ha señalado anteriormente, la afirmación de la intención de actuar no implica inevitablemente que la persona vaya a actuar. Las creencias sobre la susceptibilidad percibida se consideran aquí necesarias para motivar la progresión hacia la acción. El paso de la etapa 5 a la etapa 6 tiene que ver con el paso de la motivación a la volición.
- *Etapa 6:* la etapa de acción, cuando una persona ha iniciado lo que es necesario para reducir su riesgo.
- *Etapa 7:* esta última etapa no siempre es necesaria. Hace referencia al mantenimiento y, a diferencia del abandono del hábito de fumar, algunos procesos de la conducta de salud no son duraderos: por ejemplo, decidir si se va a someter uno, o no, a una vacuna o a una mamografía.

Weinstein ha aplicado el modelo del proceso de adopción de precaución a estudios de pruebas de radón en el hogar, un gas radioactivo invisible e inodoro producido en determinadas regiones por la descomposición del uranio natural en la tierra. Se introduce en los hogares a través de fisuras en los cimientos y, aunque no es muy conocido, es la segunda causa de cáncer de pulmón después del tabaco (Weinstein y Sandman, 2002). La susceptibilidad (o vulnerabilidad) percibida fue considerada crucial en la transición entre la etapa 3 (intentar definirse) y la etapa 5 (decidirse a actuar). Sin embargo, una intervención por etapas como las que emanan del modelo transteórico, no era tan exitosa para pasar a la etapa 5 de «decidirse a actuar», es decir, pasar a la acción (comprar un kit de pruebas de radón para el hogar), como lo era para llevar a los participantes indecisos a tomar la decisión de actuar (pero no necesariamente de actuar realmente).

Se necesitan más investigaciones que utilicen este modelo para identificar más claramente los procesos que se producen inter e intra-etapas para proporcionar una mayor justificación de las intervenciones por etapas que, hasta la fecha, han tenido una eficacia limitada y son más costosas que las intervenciones «de talla única» (*véanse* los Capítulos 6 y 7 para ver ejemplos concretos).

La aproximación del proceso de acción de salud

La aproximación del proceso de acción de salud es un modelo que ha asumido realmente el tema de las etapas y los intentos de rellenar la «brecha entre intención y conducta», destacando de forma crucial el papel de la autoeficacia y los planes de acción (Schwarzer, 1992).

El modelo del proceso de acción de salud fue desarrollado para aplicarse a todas las conductas de riesgo y saludables. Es particularmente influyente porque sugiere que la adopción, iniciación y mantenimiento de la conducta de salud debe verse explícitamente como un proceso compuesto de, al menos, una fase de motivación previa a la intención y una fase de volición posterior a la intención (Figura 5.3).

■ Fase de motivación

Como hemos visto en modelos anteriores como el de la teoría de la conducta planeada, los individuos forman una intención para, o bien adoptar una medida de precaución (por ejemplo, la utilización de un preservativo durante una relación sexual) o bien cambiar una conducta de riesgo (por ejemplo, dejar de fumar) como resultado de diversas actitudes, conocimientos y factores sociales. La aproximación del proceso de acción para la salud propone que la autoeficacia y las expectativas de resultados son factores de predicción importantes de la intención relativa a la meta (como se ha descubierto en los estudios que parten de la teoría de la conducta planeada y del control conductual percibido). Las percepciones sobre la gravedad de la amenaza y la vulnerabilidad personal (riesgo percibido) se consideran una influencia distal sobre la conducta real, que sólo desempeñan

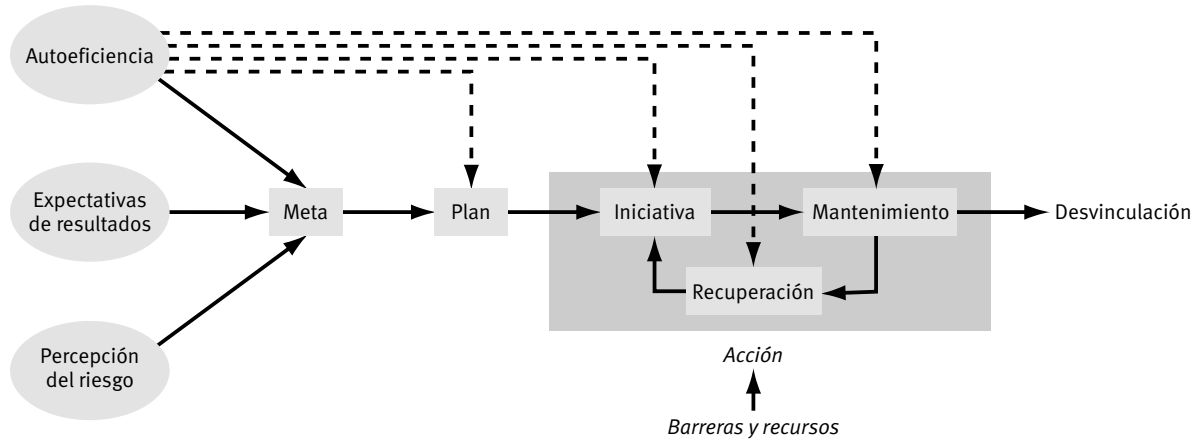


Figura 5.3 El modelo del proceso de acción para la salud.
Fuente: Schwarzer (1992); <http://userpage.fu-berlin.de/~health/hapa.htm>

un papel en la fase de motivación. En cuanto al «orden» de la autoeficacia y las expectativas de resultados, las últimas pueden preceder a las primeras (por ejemplo, un individuo piensa probablemente sobre las consecuencias de sus acciones antes de decidir si puede hacer lo que tiene que hacer). Cuando los individuos no tienen una experiencia previa con la conducta que están considerando realizar, los autores sugieren que las expectativas de resultados pueden tener una influencia más fuerte sobre la conducta que las creencias sobre la eficacia.

Se considera que la intención en las fases de motivación es una intención sobre la meta: por ejemplo, «tengo la intención de dejar de fumar para estar más sano». Schwarzer también propone que existen expectativas de autoeficacia específicas para cada fase, y la autoeficacia en la etapa de motivación se conoce como *autoeficacia de la tarea/acción previa*: por ejemplo, «puedo conseguir tener una dieta sana incluso si tengo que cambiar un poco mi estilo de vida». En esta etapa, es importante que el individuo imagine resultados de éxito y tenga confianza en su capacidad para alcanzarlos.

■ Fase de volición

Una vez que se ha creado la intención, la aproximación del proceso de acción para la salud propone que, para que la intención pase a ser acción, es necesario que se produzca una planificación. Aquí el modelo incorpora el concepto de intenciones de implantación de Gollwitzer (1999; Gollwitzer y Oettingen, 2000), descrito anteriormente. Estos planes sobre el cuándo, el dónde y el cómo, convierten la intención de alcanzar una meta en un plan de acción concreto. Schwarzer propone que, en esta etapa, hay otro tipo de autoeficacia, la autoeficacia de la *iniciativa*, por la que un individuo cree que es capaz de tomar la iniciativa cuando se producen las circunstancias planeadas (por ejemplo, llega la mañana en la que se ha

decidido dejar de fumar y el individuo tiene que creer que es capaz de implantar su plan en ese momento).

Una vez iniciada la acción, el individuo tiene que intentar mantener la nueva conducta más saludable, y en esta etapa de *afrontamiento* (o *mantenimiento*) se considera que la autoeficacia es importante para el éxito (por ejemplo, necesito mantener este régimen incluso si al principio me parece difícil). Esta forma de autoeficacia describe la creencia en la capacidad de uno mismo para superar las barreras y tentaciones (como tener que asistir a una fiesta de cumpleaños) y es probable que mejore la resiliencia, el afrontamiento positivo (como recurrir al apoyo social) y una mayor persistencia. Si, como les pasa a muchos, el individuo reincide y cede ante la tentación, el modelo propone que es necesario *recuperar* la autoeficacia para que vuelva al buen camino (Renner y Schwarzer, 2003).

Aunque es un modelo relativamente nuevo, los primeros hallazgos de la aproximación del proceso de acción para la salud son alentadoras. Por ejemplo, en un estudio longitudinal sobre la autoexploración de mama entre 418 mujeres alemanas, la autoeficacia previa a la acción, y las expectativas positivas sobre el resultado (y no la percepción del riesgo), fueron factores predictivos significativos de la intención (meta). Las expectativas de autoeficacia también permitían predecir la planificación. En cuanto a la conducta real de autoexploración de mama, durante el tiempo de seguimiento (de 12 a 15 semanas más tarde) la planificación tuvo, como se hipotetizaba, una gran capacidad predictiva, y la autoeficacia del mantenimiento y la recuperación también permitieron predecir una mayor frecuencia de la conducta (Luszczynska y Schwarzer, 2003). Este estudio ofrece un fuerte respaldo al desarrollo de las expectativas de autoeficacia específicas de cada fase desarrolladas por la aproximación del proceso de acción para la salud y un posible foco de atención para los futuros estudios de intervención. Aunque tal vez resulte sorprendente que la percepción del riesgo no fuera un factor predictivo (dadas los resultados de los estudios que utilizan tanto el modelo de las creencias sobre la salud como la teoría de la conducta planeada), es muy posible que la percepción del riesgo influyera en los participantes *antes* de que fueran evaluados para el estudio y, por tanto, se hubieran pasado por alto los efectos sobre las variables del modelo del proceso de acción para la salud. En una investigación siempre resulta difícil definir una «línea base» absoluta para la medición, por lo que no se deben considerar estos resultados como una prueba de que las percepciones sobre el riesgo no son importantes: puede que el cuerpo de conocimiento demuestre lo contrario.

Cuestiones

¿Son globalmente útiles, los modelos sobre la conducta saludable?

Los modelos sobre la salud, como los que se describen en este capítulo, han llevado muy lejos nuestra comprensión de la conducta. Sin embargo, seguimos muy lejos de ser capa-

ces de predecir todas las conductas (quizá afortunadamente) y aún estamos más lejos de desarrollar e implantar con éxito intervenciones que maximizarán la adopción o el mantenimiento de estilos de vida saludables. Aunque la investigación que utiliza estos modelos es muy numerosa, una gran parte, sobre todo respecto a la teoría de la conducta planeada, se ha realizado con poblaciones jóvenes y sanas. El prolífico uso de las muestras de estudiantes, por ejemplo, permite contrastar y definir teorías, y abordar interesantes preguntas (como cuáles son las influencias sobre la conducta de consumo de alcohol entre los estudiantes y si, dada su función normativa, se puede alterar. O cuáles son los factores que influyen sobre la utilización no habitual de los preservativos, o si el consumo de alcohol interfiere hasta con las mejores de las intenciones). Sin embargo, los hallazgos de los estudios de este tipo pueden no ser extrapolables para predecir la conducta entre individuos con menos educación, o de personas con vidas menos estructuradas, como el drogadicto o el vagabundo alcohólico; o incluso de las que están intentando modificar su conducta como respuesta a una enfermedad grave, como un cambio de dieta o dejar de fumar tras un ataque al corazón. Es probable que otros factores sociales, del entorno, objetivos y emocionales desempeñen un papel en estas poblaciones más diversas.

Se suele pensar que los modelos descritos aquí, y utilizados en una gran cantidad de investigaciones de la psicología de la salud, se centran más en las cogniciones individuales de lo que, tal vez, fuera necesario. La conducta está tremendamente influida por el contexto, los recursos socioeconómicos, la cultura, y las leyes y sanciones. A continuación se presentan algunas críticas a la investigación basada en estos modelos que deberán tenerse en cuenta si se está pensando en llevar a cabo una investigación:

- Diferentes factores pueden tener relevancia en relación con una conducta pero no respecto a otras (por ejemplo, la norma subjetiva puede ser más importante para dejar de fumar que para tomar vitaminas).
- La saliencia de determinados factores puede variar en función de la edad (la actitud puede predecir la intención de tomarse los medicamentos en el caso de los adultos, pero no en el caso de los niños, donde la adherencia puede estar más influida por la conducta y las creencias de los padres).
- La cultura y la religión pueden influir significativamente sobre las creencias personales acerca de la salud y la prevención, lo que hace que los elementos de los modelos sean muy diversos y difíciles de medir de forma válida y fiable. Por ejemplo, se considera que la utilización de preservativos es un pecado en algunas religiones y, por tanto, los esfuerzos de promoción de la salud dirigidos a aumentar las creencias sobre la susceptibilidad a contraer el VIH o las enfermedades de transmisión sexual tendrán que superar más barreras. Entre los que profesan determinada fe está prohibido el consumo de alcohol, por lo que un individuo que bebe tiene presiones emocionales y normativas muy distintas.

Es importante, por tanto, que se recuerde en todo momento durante la investigación el contexto de la conducta, y que se tengan en cuenta estos factores sociales y culturales. Es probable que los esfuerzos de promoción de la salud tengan un éxito limitado si la conducta de salud se trata como si se produjera de forma independiente de otros aspectos del funcionamiento humano.

Resumen

Hay muchos factores próximos y distantes que influyen sobre nuestra conducta, y sobre nuestra conducta de salud, como nuestra edad, sexo, actitudes, creencias y metas. Los modelos de continuo, como el modelo de las creencias sobre la salud y la teoría de la conducta planeada, han demostrado la importancia de los factores cognitivos y sociales para predecir tanto la intención de actuar como la acción, aunque el carácter estático de estos modelos deja abierta la necesidad de comprender mejor los procesos del cambio.

Los modelos por etapas, como el modelo transteórico, el modelo del proceso de adopción de precauciones y la aproximación del proceso de acción para la salud, abordan los procesos de cambio y han avanzado en cierta medida para llenar el vacío entre la intención y la conducta y, en concreto, la distinción básica entre procesos motivacionales y volitivos es útil e importante.

La susceptibilidad percibida y la autoeficacia han sido identificadas como factores predictivos del cambio importantes y consistentes. Como tales, tienen potencial de intervención, pero las intervenciones ajustadas a las distintas etapas son más caras que el planteamiento de «talla única», y la evidencia sobre su éxito no es concluyente.

Lecturas recomendadas

Conner, M. y Norman, P. (eds.) (1996). *Predicting Health Behaviours*. Buckingham: Open University Press.

Un excelente texto que ofrece una cobertura exhaustiva de la teoría de la cognición social y de todos los modelos descritos en este capítulo (salvo la aproximación del proceso de acción de salud). Un recurso útil para obtener elementos de medición para todos los componentes de los modelos si lo que quiere es diseñar un cuestionario.

Conner, M. y Norman, P. (eds.) (1998). Special issue: social cognition models in health psychology. *Psychology and Health*, 13: 179-185.

Un excelente volumen de esta respetada publicación que presenta los hallazgos de la investigación de numerosos estudios sobre el cambio de conducta de salud.

Strecher, V. J. y Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. En A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West y C. McManus (eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 113-117). Cambridge: Cambridge University Press.

Una útil y breve revisión de la investigación que parte del modelo de creencias sobre la salud que plantea la necesidad de un análisis más complejo de la interacción entre los diversos componentes, y de las ponderaciones de los mismos.

Rutter, D. y Quine, L. (2002). *Changing Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.

Un texto extremadamente útil, que actualiza el análisis empírico descrito por Conner y Norman en 1996. Ahora se revisan los principales modelos de cognición social en función de la aplicación práctica de los modelos teóricos al cambio de diversas conductas de riesgo para la salud, desde utilizar cascos para los ciclistas o conducir con exceso de velocidad hasta practicar sexo con protección o someterse a pruebas de cáncer de colon.

Reducción del riesgo de padecer enfermedades: planteamientos individuales

CAPÍTULO

6

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- Los costes y beneficios de los programas de chequeos para la detección temprana del riesgo de contraer una enfermedad o de la propia enfermedad.
- La aplicación (y limitaciones teóricas) del modelo transteórico del cambio conductual (o modelo de las etapas de cambio) para determinar qué intervenciones serán más eficaces tras la detección de una conducta de riesgo.
- El proceso y los resultados de la entrevista motivacional.
- El impacto de la información sobre la conducta relacionada con la salud tras las pruebas de detección del riesgo de enfermedad.
- La naturaleza y la aplicación de los planteamientos de resolución de problemas al cambio conductual.
- Cómo puede el modelado y la práctica aumentar la probabilidad de que se produzca un cambio de conducta.
- La aplicación de las técnicas cognitivas para modificar los factores de riesgo.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

Este capítulo analiza las estrategias utilizadas para animar a los individuos que no tienen síntomas de enfermedad para que adopten conductas de promoción de la salud o dejen de realizar actividades perniciosas para la misma. Comienza analizando el planteamiento más sencillo sobre esta cuestión, fijándose en los costes y beneficios de someterse a pruebas para detectar el riesgo de padecer una enfermedad, ya sea debido a la herencia genética o a una conducta. El capítulo analiza a continuación si las pruebas que realizan los profesionales de la salud para detectar conductas potencialmente peligrosas, como fumar o seguir una dieta con un elevado contenido en colesterol, junto a la posibilidad de recibir asesoramiento son suficientes para motivar la modificación de una conducta de riesgo.

El capítulo analiza a continuación una serie de formas más complejas de incentivar y mantener el cambio de conducta a partir de la motivación que puede tener un individuo para lograr el cambio. El primer planteamiento que analizamos se conoce como la entrevista motivacional. Como su propio nombre indica, se ha utilizado especialmente con individuos que tienen una baja motivación para cambiar su conducta. El capítulo analiza posteriormente la eficacia de los programas de educación para facilitar el cambio antes de analizar los planteamientos que parten de las técnicas de resolución de problemas, los que aplican el aprendizaje por modelado y el ensayo de nuevas conductas y, finalmente, los planteamientos diseñados para lograr el cambio cognitivo. Se destacan los principios de cada planteamiento y se analiza la evidencia científica sobre su eficacia.

Promoción de la salud individual

La forma de vida que llevamos tiene importantes repercusiones sobre cuánto tiempo vivimos, y el grado de bienestar físico del que disfrutamos cuando estamos vivos (*véanse* los Capítulos 1 y 2). La sensibilización sobre estas cuestiones, y también las potenciales consecuencias económicas de una población cada vez más vieja y potencialmente menos sana, han llevado a los gobiernos de todo el mundo a invertir importantes recursos en programas diseñados para prevenir las enfermedades y promover un mayor nivel general de bienestar físico y de salud en el conjunto de la población.

En las décadas de 1960 y 1970, cuando la promoción de la salud se convirtió en un problema grave para los gobiernos y servicios de atención sanitaria, la mayoría de los programas se centraron en el tipo de conducta que se sabía que aumentaba el riesgo de contraer enfermedades. Afortunadamente, tal vez, una de las enfermedades más prevalentes, las enfermedades cardiovasculares, también son unas de las que están más relacionadas con factores como fumar o un estilo de vida sedentario. Por tanto, estas conductas constituyen un objetivo significativo de los responsables de la sanidad pública y la promoción de la salud. El papel emergente de esta conducta en el desarrollo de algunos cánceres (*véase* el Capítulo 3) ha reforzado la necesidad de promover estilos de vida saludables, por lo que ésta sigue siendo una cuestión fundamental en la mayoría de los programas de promoción de la salud en la actualidad.

Mención aparte merece el creciente énfasis en promover una conducta de sexo con protección dado el desarrollo de la infección por VIH y del SIDA. Los adelantos biomédicos también han contribuido al tipo de asistencias preventivas que actualmente proporcionan muchos servicios de atención sanitaria. La capacidad de identificar a individuos con riesgo de contraer cáncer de mama, de ovarios o de colon debido a su herencia genética ha dado lugar a programas diseñados para identificar si los individuos tienen estos genes que dan lugar a un mayor riesgo de padecer estas enfermedades, aunque tal vez la forma de resolver el riesgo una vez identificado no está tan clara.

El cambio en los factores de riesgo se puede plantear desde dos perspectivas diferentes. La primera de ellas se basa en la información y supone que si podemos informar a los individuos del riesgo que corren de padecer determinadas enfermedades, lograremos que adopten una conducta preventiva a largo plazo. Este modelo ha dado lugar, en todo el mundo, a programas de detección de factores de riesgo de enfermedades como las enfermedades cardiovasculares. Desde la otra perspectiva se plantea que la información no es suficiente y se han de utilizar tecnologías más complejas para facilitar el cambio de conducta. El resto del capítulo analiza el impacto de los programas de detección sobre nuestra salud física y psicológica antes de analizar estas estrategias más complejas que se han utilizado para facilitar el cambio de conducta individual.

Programas de detección

En la actualidad se están llevando a cabo diversos programas de chequeo (véase la Tabla 6.1). Estos programas incluyen las pruebas para detectar el riesgo genético de padecer cáncer de mama o de ovarios, las pruebas para detectar de forma temprana enfermedades de mama mediante mamografías periódicas y pruebas para detectar la conducta de riesgo de enfermedad en el caso de enfermedades cardiovasculares. Cada una tiene repercusiones significativas para los que participan en ellas, y entrañan beneficios y problemas específicos:

- Las mujeres y hombres a los que se ha identificado que tienen los genes responsables del cáncer de mama pueden decidir emprender acciones preventivas, como la extirpación de la mama antes de que se desencadene la enfermedad y tendrán que vivir siendo conscientes del riesgo durante muchos años.
- Los individuos que han sido identificados como hipertensos pueden tener que medicarse durante el resto de su vida.
- Los que tienen factores de riesgo conductual de enfermedades pueden optar por cambiar su estilo de vida, lo que conlleva repercusiones tanto para los propios individuos como para sus familias.

Tabla 6.1 Algunos de los programas de pruebas de chequeo más comunes

Tipos de pruebas de detección	Ejemplo de detección	Resultado de la prueba
Riesgo genético de contraer una enfermedad	BRCA1, BRCA2, genes de riesgo de cáncer de mama o de ovarios	Pruebas para la detección temprana de enfermedades Procedimientos quirúrgicos preventivos
Detección temprana de la enfermedad o de sus precursores	Citología Hipertensión Bultos del cáncer de mama	Tratamiento médico o quirúrgico de cualquier anomalía encontrada
Riesgo conductual de contraer enfermedades	Fumar Estilo de vida sedentario Mala dieta	Cambio de conducta

Pruebas genéticas

En la actualidad hemos identificado los genes relacionados con una serie de enfermedades importantes. Aquí nos vamos a centrar en las repercusiones de las pruebas de sólo uno: las mutaciones genéticas que aumentan el riesgo de contraer cáncer de mama o de ovarios, conocidas como BRCA1 y BRCA2. Las mutaciones genéticas BRCA1 y BRCA2 son responsables del cáncer de mama y de ovarios en, aproximadamente, el 45 y el 40 por ciento, respectivamente, de los individuos con una susceptibilidad heredada de contraer la enfermedad (Hodgson y Maher, 1999). Sin embargo, aunque el riesgo de cáncer relacionado con los genes BRCA1 y BRCA2 es

elevado, son relativamente poco frecuentes en la población, y sólo entre el 4 y el 5 por ciento de los casos de cáncer de mama pueden deberse a esta mutación.

El Servicio Galés de Cáncer Genético (WCGS: *Welsh Cancer Genetic Service*) proporciona un ejemplo de cómo puede funcionar un programa para detectar el nivel de riesgo de un individuo de desarrollar un cáncer de mama y las mutaciones del gen BRCA. En este programa, el médico de cabecera remite al servicio tanto a los hombres como a las mujeres que se cree que tienen un riesgo genético potencial de contraer cáncer de mama (y, en el caso de las mujeres, con riesgo de contraer cáncer de ovarios). A continuación, el propio servicio envía una carta al paciente explicando el carácter del servicio y pidiéndole que cumplimente y envíe un cuestionario sobre su historial familiar, en el que se obtiene información detallada sobre el historial familiar de cáncer. Una vez devuelto, los expertos en genética puntúan las respuestas para asignar al individuo un nivel de riesgo de contraer cáncer: riesgo similar al de la población, moderado o elevado. Se informa a los pacientes de su riesgo por carta y mediante un contacto telefónico:

- Se invita a las mujeres con un riesgo elevado a una sesión de asesoramiento y a realizarse una prueba genética formal que requiere una muestra de sangre y la búsqueda de mutaciones genéticas BRCA y se les ofrece la posibilidad de someterse a una mamografía anual para detectar bultos y anomalías en las mamas que podrían ser tumores, o una extirpación preventiva de la mama (mastectomía).
- Se ofrece a las mujeres con un riesgo moderado una mamografía anual.
- Las mujeres en el grupo de riesgo similar al de la población normal quedan excluidas del servicio.

El conocimiento del riesgo puede, por tanto, tener un impacto significativo sobre el individuo y sobre sus descendientes, que también pueden correr un riesgo genético. Dada estas graves repercusiones, cabría esperar que la participación en el proceso de detección fuera algo estresante. Lo es para algunos individuos, aunque parece que la mayoría es capaz de superarlo sin mucha ansiedad. Brian, Gray, Norman *et al.* (2000) han concluido que el 25 por ciento de las mujeres en las etapas iniciales de la valoración por el WCGS tenían niveles de ansiedad clínicos y una gran cantidad de pensamientos de angustia sobre las potenciales consecuencias negativas de las pruebas. En el mismo sentido, Watson, Lloyd, Davidson *et al.* (1999) afirman que el 28 por ciento de la muestra de mujeres que se sometía a las pruebas genéticas afirmaba estar preocupada por el riesgo, frecuente o constantemente, mientras que el 18 por ciento afirmaba que la preocupación por su riesgo genético era un problema grave o importante. Estos niveles permanecieron relativamente constantes, tanto antes como después de las pruebas. De particular preocupación es que puede que no se trate de un fenómeno a corto plazo. Brian *et al.* han concluido que, aunque la preocupación por el cáncer solía producirse en el periodo posterior a la comunicación del riesgo a los participantes, resurgía durante los siguientes

meses y, al hacer la evaluación de seguimiento un año más tarde, se encontraban en el mismo nivel que existía cuando las mujeres se sometieron a las pruebas. Además, la comprobación de que se corre el mismo riesgo que la población en general no previene necesariamente la ansiedad. Lerman y Croyle (1994), entre otros autores, han encontrado elevados niveles de estrés entre las personas que han recibido noticias aparentemente buenas. Parece que, cuando algunas personas son alertadas sobre su riesgo potencial de cáncer, éste se convierte en una preocupación sobre la salud a largo plazo. No estamos seguros de que sea así. Tal vez es más difícil para estos individuos tolerar la idea de *cualquier* nivel de riesgo que para otros que consideran que la información les tranquiliza y dejan de preocuparse por su salud. A pesar de esta atención a las emociones negativas como reacción a la valoración del riesgo, la mayoría de las personas sí que obtiene un beneficio emocional del proceso de sometimiento a las pruebas, algo que analizaremos más adelante, en el cuadro EN EL PUNTO DE MIRA.

Otros individuos, además de los pacientes, también pueden experimentar una significativa ansiedad durante el proceso de someterse a las pruebas. Lodder, Frets, Trijsburg *et al.* (2001) entrevistaron tanto a las mujeres que se sometieron a las pruebas de las mutaciones genéticas BRCA como a sus parejas antes y después de recibir el resultado de la prueba. Concluyeron que el 20 por ciento de las mujeres que tenían la mutación, y el 35 por ciento de sus parejas, afirmaban tener un elevado nivel de ansiedad tras comunicarse el riesgo. Los niveles de ansiedad eran inferiores, pero aun así significativos, entre las parejas en las que las mujeres no tenían la mutación genética: el 11 por ciento de estas mujeres y el 13 por ciento de sus parejas tenían una ansiedad clínica.



En el **punto** de mira

Un punto de vista distinto sobre las reacciones emocionales ante pruebas médicas

La mayoría de los estudios sobre los efectos emocionales de las pruebas genéticas para la detección del cáncer se ha centrado en medir la ansiedad y la depresión. Los estudios en los que se realizan estas mediciones incluyen los de Brain *et al.* (2000) que se han descrito en el texto. Un modelo alternativo de la ansiedad o la preocupación como *factor de motivación* para someterse a las pruebas queda ejemplificado por estudios como el de Glanz, Grove, Lerman *et al.* (1999), que enviaron un cuestionario a los familiares de primer grado de pacientes diagnosticados con cáncer colorrectal, valorando su disponibilidad o intención de asistir a sesiones de asesoramiento psicológico o *counselling* sobre el riesgo del cáncer colorrectal. Aunque el 45 por ciento mostró algún interés por someterse a las pruebas, el 26 por ciento afirmó que lo haría sin duda cuando las pruebas estuvieran disponibles. Se hizo una predicción de la fuerza de las intenciones en función del grado de preocupación y del riesgo percibido de padecer un cáncer.

A pesar de estos estudios y de otros similares, las respuestas emocionales más generales sobre las pruebas genéticas de cáncer han sido ignoradas en gran medida. Incluso se puede ir más lejos y sugerir que los programas de realización de pruebas se analizan desde una perspectiva psicopatológica preguntando por el daño que provocamos a los individuos con las pruebas en vez de buscando los beneficios que obtienen. Evidentemente, es una cuestión muy importante, pero estos datos sólo presentan una imagen parcial de la respuesta emocional a pruebas genéticas sobre el cáncer, que podría ser más positiva. Es improbable que las mujeres se sometieran a las pruebas salvo que tengan alguna expectativa positiva de obtener un beneficio que se hace patente, tal vez, en estados emocionales como la esperanza o el optimismo. De la misma forma, pueden sentir alivio si la prueba demuestra que corren el mismo riesgo que la población en general.

La evidencia empírica que existe sugiere que muchos individuos con un historial familiar de cáncer intentan averiguar cuál es su riesgo genético para, en parte, *reducir* la ansiedad (Hopwood, 1997). Muchos entran en el proceso con un elevado nivel de optimismo y esperanza. En uno de los pocos estudios que analizan las respuestas emocionales positivas a las pruebas, uno de los autores (PB) hizo un seguimiento de una serie de mujeres que se estaban sometiendo a las pruebas genéticas en el WCGS, midiendo sus emociones al principio del proceso y tras la comunicación de la información sobre el riesgo. El cuadro general en el caso de estas mujeres era de ansiedad por los resultados de sus pruebas, pero también se sentían optimistas sobre la marcha del proceso. Después de comunicarse el nivel de riesgo a todas las mujeres, independientemente del riesgo genético asignado, en general se sentían más aliviadas, tranquilas y esperanzadas, así como menos ansiosas y tristes en ese momento, cuando pensaban en el proceso de pruebas pasado y su riesgo de cáncer, que cuando lo habían iniciado.

Detección de las enfermedades: el ejemplo de la mamografía

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente y la segunda causa de muerte entre las mujeres. La mamografía proporciona un medio de detectar de forma temprana el cáncer antes de que se haga evidente. El sometimiento periódico a las mamografías entre las mujeres mayores de 50 años ha dado lugar a una reducción del cáncer de mama de hasta el 30 por ciento en este grupo de edad (Fletcher, Black, Harris *et al.*, 1993). Los beneficios de someterse a las pruebas para mujeres más jóvenes son significativamente inferiores, en parte debido a la menor frecuencia de tumores entre esta población y, en parte, debido a la mayor densidad de tejido mamario en edades jóvenes que hace difícil la identificación de pequeños bultos en el tejido.

A pesar de sus beneficios, la mamografía provoca ansiedad y preocupación, sobre todo entre las mujeres que consideran que tienen un riesgo elevado de padecer un cáncer de mama. Estas mujeres suelen mostrar un alto grado de ansiedad antes y después de las pruebas, incluso cuando su mamografía es normal (Absetz, Aro y Sutton, 2003). Los recordatorios de nuevas pruebas pueden aumentar esta ansiedad. Las mamografías no son una técnica exacta, por lo que es posible que se vuelva a pedir a las mujeres que se hacen una segunda mamografía o una **ecografía**, que proporcio-

Ecografía

La utilización de ondas de alta frecuencia para crear imágenes de los órganos y sistemas del cuerpo.

Aspiración con aguja fina

Consiste en colocar una aguja muy fina en una masa en el pecho y extraer células para su análisis con un microscopio. Sólo requiere unos pocos segundos y la incomodidad que ocasiona es comparable a un análisis de sangre.

Biopsia quirúrgica

Extirpación de una pequeña muestra de tejido para su análisis con un microscopio y/o cultivo, normalmente para ayudar a hacer un diagnóstico.

Falso positivo

Una situación en que se dice a un individuo que puede haber una enfermedad o un riesgo de enfermedad, pero las pruebas posteriores muestran que no existe dicho riesgo ni dicha enfermedad.

na una visión más precisa del pecho si no están claros los resultados de la primera mamografía. Cuando *se encuentran* bultos y anomalías en el pecho también se somete a algunas mujeres a una **biopsia** (ya sea de tipo aspirativo con aguja fina o por punción (PAAF) o una biopsia quirúrgica abierta) para averiguar si son tumores malignos o benignos. Tras este procedimiento, es posible que se diga a las mujeres que el tumor es benigno (tras haberle dado un **falso positivo**) o que es canceroso y requiere algún tipo de intervención médica o quirúrgica (un auténtico positivo).

Este proceso es, evidentemente, estresante. Por desgracia, aunque algunas mujeres pueden sentirse tranquilizadas tras estos procedimientos, otras pueden mantener un alto grado de ansiedad durante mucho tiempo. Por ejemplo, Austoker y colaboradores (por ejemplo, Brett y Austoker, 2001), han seguido a un grupo de mujeres que habían recibido un resultado falso positivo. Estas mujeres tenían un mayor grado de ansiedad, hasta un año después de su evaluación inicial, que un grupo de mujeres con un resultado inicialmente claro. Aunque su grado de ansiedad disminuyó, volvió a aumentar el mes antes de su prueba rutinaria, presumiblemente porque empezaron a preocuparse por sus repercusiones. Esta ansiedad hace que muchas mujeres no acudan a las mamografías posteriores (McCann, Stockton y Godward, 2002), un resultado que puede provocar en este grupo un mayor número de cánceres que no se detectan con suficiente antelación.

Dado este resultado potencialmente adverso, una serie de estudios ha intentado averiguar cuál es la mejor manera de reducir el estrés relacionado con este tipo de pruebas. Un planteamiento ha consistido en realizar todas las pruebas en un solo día, en vez de a lo largo de un periodo de días o, incluso, semanas; un proceso que se conoce como prueba única. Este planteamiento tiene resultados que no son concluyentes, y los resultados psicológicos pueden depender del resultado médico. Harcourt, Ambler, Rumsey y Cawthorn (1998), por ejemplo, han descubierto que las mujeres que no tenían problemas (aproximadamente el 90 por ciento de las analizadas) parecían lograr un beneficio emocional. Por el contrario, las mujeres en las que se descubrió que tenían problemas no tuvieron tan buenos resultados como las que se sometieron a un proceso de pruebas e informes que requería varios días. No está claro por qué es así. Tal vez un periodo más largo permitía a las mujeres afectadas ajustarse a la posibilidad de que hubiera problemas más que en un proceso relativamente precipitado que se producía en un solo día. También es posible que les diera más confianza en la precisión de la prueba.

Otro tipo de intervención dirigida a las mujeres con falsos positivos fue evaluado por Bowland, Cockburn, Cawson *et al.* (2003). Asignaron de forma aleatoria a las mujeres a las que se había vuelto a llamar para realizar más pruebas, y que después se descubrió que no tenían la enfermedad, a una de las siguientes tres condiciones: asesoramiento cara a cara, asesoramiento por teléfono y atención sanitaria normal. En las sesiones de asesoramiento, se las animaba a expresar su angustia, se les proporcionaba información relevante y se las ayudaba a desarrollar soluciones a cualquier problema que tuvieran. La sesión duraba una hora. Cuando se analizaron

los datos sobre los resultados para todas las mujeres que habían recibido cada tipo de intervención, no hubo diferencias entre las tres condiciones. Sin embargo, cuando el análisis se limitaba únicamente a aquellas personas que tomaron parte del proceso de recibir asesoramiento directo, las mujeres que habían recibido asesoramiento obtuvieron una mejor puntuación en las mediciones de funcionamiento psicológico y físico que las que habían recibido la atención normal. Estos resultados reflejan la necesidad de proporcionar asesoramiento no a todo el mundo, sino sólo a los que lo necesitan o lo piden.

■ Incremento de la participación en chequeos

A pesar de los beneficios potenciales para la salud de las mamografías, los niveles de participación en los chequeos siguen siendo inferiores al nivel que se considera óptimo. Por ejemplo, en Estados Unidos, el porcentaje de mujeres con más de 40 años que se someten a mamografías aumentó del 14 al 19 por ciento entre 1987 y 1992 (Martin, Calle, Wingo *et al.*, 1996), pero más del 80 por ciento de las mujeres que podrían someterse a las pruebas seguían sin participar en el programa. Se anuncian muchos programas mediante anuncios de televisión, folletos en las consultas del médico de cabecera, etc. También se han utilizado intervenciones más complejas para intentar aumentar el número de participantes en los programas. Una de las intervenciones más impresionantes fue la de Allen, Stoddard, Mays *et al.* (2001), que reclutaron a una serie de voluntarias entre trabajadoras de 13 lugares distintos de Estados Unidos. Estas mujeres hablaron de sus propias experiencias positivas sobre el sometimiento a las pruebas, dieron información sobre el cáncer de mama a sus compañeros de trabajo y ofrecieron apoyo social a las mujeres que pensaban acudir a una mamografía. Además, cada una organizó una serie de pequeños grupos de debate en los que se proporcionaba información sobre las pruebas, cómo hablar con los profesionales de la atención sanitaria y cómo definir objetivos sobre la salud. También pusieron en marcha dos campañas educativas de gran prestigio. Las trabajadoras que eran asignadas al grupo control no recibieron estas intervenciones. A pesar de estos esfuerzos, el porcentaje de mujeres que afirmaba haberse sometido recientemente a una mamografía sólo aumentó marginalmente en los lugares de trabajo en los que se había realizado la intervención a lo largo del programa, del 5,6 al 7,2 por ciento: una diferencia no significativa. Parece que sigue habiendo una importante resistencia a someterse a mamografías.

Cambio de conductas de riesgo

Los programas de chequeo diseñados para cambiar las conductas de salud se han centrado generalmente en las conductas de riesgo para las enfermedades cardiovasculares: fumar, dieta elevada en colesterol, poco ejercicio físico, etc. Algunos de los mejores programas se crearon en el Reino Unido en la década de 1990. Tal vez el planteamiento más utilizado sea el

Índice de masa corporal

Una medición de los porcentajes relativos de grasa y masa muscular en el cuerpo humano, en el que se divide el peso, en kilogramos, por la altura, en metros al cuadrado.

desarrollado por el grupo OXCHECK (OXCHECK Study Group, 1994). Gracias a este programa, se invitaba a todos los adultos que acudían a la consulta del médico de cabecera de la zona de Oxford por cualquier tipo de razón a someterse a un chequeo médico general realizado por una enfermera. Este chequeo incluía una entrevista para identificar conductas de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, así como una medición de la presión arterial y de los niveles de colesterol. Cuando resultaba pertinente, se aconsejaba a los participantes que dejaran de fumar, que adoptaran una dieta con bajo contenido en colesterol y que hicieran más ejercicio, además de recibir tratamiento médico para la hipertensión y los elevados niveles de colesterol. Por desgracia, el resultado de este procedimiento sólo se midió cierto tiempo después de la intervención, en evaluaciones de seguimiento a uno y tres años y, por tanto, no podemos estar seguros de sus efectos a corto plazo. No obstante, en ambos momentos había evidencia de que algunas personas se habían beneficiado de este programa de intervención precoz. En el seguimiento a un año, la presión sanguínea de los participantes era menor que la de las personas que no habían participado en el programa de detección, al igual que los niveles de colesterol de las mujeres, pero no de los varones. No se produjeron diferencias Cambio de conductas de riesgo entre los grupos para las mediciones del tabaco o del **índice de masa corporal**. En el momento de la evaluación de seguimiento a tres años (OXCHECK Study Group, 1995) los niveles de colesterol, la presión sanguínea sistólica y el índice de masa corporal tanto de hombres como de mujeres que participaron en el programa fueron menores que los de los individuos de los grupos de control. El consumo de tabaco permaneció igual en ambos grupos. Resulta difícil diferenciar en los resultados qué parte en la alteración de la presión arterial y del colesterol se debe a un cambio de conducta y qué parte se debe a la medicación. Sin embargo, el que no cambiara el consumo de tabaco y, en menor medida, el índice de masa corporal sugiere que resultaba difícil conseguir cambios de conducta a largo plazo. En efecto, los autores concluyeron que, aunque el programa resultó beneficioso, la alteración de conductas difíciles de cambiar, como el consumo de tabaco, puede requerir una intervención más intensiva y especializada.

Este planteamiento fue aplicado por el Family Heart Study Group¹ (1994). Evaluaron el efecto de chequeo médico parecido al realizado por el grupo OXCHECK, pero añadieron más asesoramiento a intervalos de entre dos a seis meses durante el siguiente año. En este momento los participantes habían logrado mayores reducciones de peso, presión arterial y número de cigarrillos consumidos que las personas que no recibieron la intervención. Sus niveles de colesterol no difirieron. Parece que se pueden mejorar los programas de chequeo incorporando asesoramiento u otras intervenciones más complejas.

¹ *N. de los R.*: El Family Heart Study es una investigación que se desarrolla en diversas universidades de Estados Unidos con el objetivo de clarificar los factores de riesgo, así como las causas genéticas y familiares de las enfermedades cardiovasculares. Dicho grupo está financiado por el NHLBI (National Heart Lung and Blood Institute) de EEUU.

Otras intervenciones más limitadas se han centrado en las conductas de riesgo individual, como fumar. Un estudio clásico sobre el impacto de los efectos de una simple información sobre los niveles de consumo de tabaco es el de Russell, Wilson y Baker (1979). En este estudio los médicos de cabecera daban consejos verbales a sus pacientes en sus consultas para que dejaran de fumar, o acompañaban estos consejos con un folleto que asesoraba sobre cómo dejar de fumar. Un año después de la intervención, el 3 por ciento de los que habían sido aconsejados verbalmente, y el 5 por ciento de los que habían recibido además el folleto, habían dejado de fumar. Sólo el 0,3 por ciento del grupo de comparación que no había recibido ninguna intervención había dejado de fumar. Aunque estas tasas de abandono son relativamente modestas, dada la sencillez de ambas intervenciones, y el número de personas que acuden a las consultas, se trata de unos resultados impresionantes.

Estos datos fueron recogidos hace casi 30 años, cuando los niveles de consumo de tabaco eran superiores y los mensajes sanitarios respecto al tabaco eran, tal vez, menos comprendidos que en la actualidad. Cabe preguntarse si este tipo de intervención tendría en la actualidad un efecto significativo. Por consiguiente, muchos programas de chequeo incorporan ahora sesiones de seguimiento en un intento por promover y mantener el cambio de conducta. Lang, Nicaud, Slama *et al.* (2000), por ejemplo, muestran los resultados de un programa de chequeo realizado en un entorno laboral. En este estudio, los médicos que identificaban a fumadores durante chequeos médicos rutinarios anuales, o bien les aconsejaban que dejaran de fumar, o desarrollaban un contrato con el fumador para acordar una fecha para dejar de fumar, seguido de una llamada telefónica que se realizaba una semana más tarde para reforzar la decisión o animar al fumador a llevarla a cabo. Se concertaba una segunda cita con el médico entre uno y dos meses más tarde. Las enfermeras del lugar de trabajo proporcionaron a los dos grupos información, folletos y herramientas educativas. Un año más tarde, el 13,5 por ciento de las personas que sólo habían sido aconsejadas para que dejaran de fumar, y el 18,4 por ciento de las personas que además de estos consejos recibieron la intervención activa, habían dejado de fumar: una diferencia pequeña pero significativa.

En el contexto de la detección del riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular es necesario abordar una última cuestión. Stoate (1989) encontró que un porcentaje de los varones que se sometió a pruebas de chequeo del nivel de colesterol en sangre, cuando los niveles eran elevados mostraba un mayor grado de ansiedad incluso cuando se les informaba de que sus niveles de colesterol no les ponían en un riesgo adicional de contraer una enfermedad cardiovascular. Parece que algunos individuos pueden ser vulnerables al mismo tipo de ansiedad por la salud tras el sometimiento a pruebas de detección de factores de riesgo de contraer enfermedades que la ansiedad que se ha relacionado con otro tipo de programas de detección de enfermedades.



Combinando el asesoramiento genético y los intentos de cambiar los factores de riesgo de padecer enfermedades coronarias, Audrain, Boyd, Roth et al. (1997) informaron a los participantes de su grado de riesgo genético de desarrollar un cáncer de pulmón en un intento para animarlos a dejar de fumar. Asignaron de forma aleatoria a los fumadores, o bien a un grupo de intervención con asesoramiento, o bien a asesoramiento psicológico combinado con información sobre el grado de riesgo genético. La información sobre el grado de riesgo parecía aumentar la motivación de algunos fumadores para cambiar, casi duplicando las tasas de abandono inicial en este grupo, en comparación con el grupo en el que no se ofreció información sobre el riesgo. Sin embargo, en la evaluación de seguimiento realizada un mes más tarde, desaparecieron todas las diferencias entre ambos grupos, y ya no había diferencias en las tasas de abandono del tabaco entre los grupos. Los autores señalan que los que habían recibido información sobre el riesgo se mostraron inicialmente más deprimidos que los que no habían recibido esta información, pero estas diferencias también desaparecieron con el tiempo.

Dado que un alto grado de miedo no suele dar lugar a un cambio de conducta a largo plazo (véase el Capítulo 7) y puede dar lugar a depresión y a indefensión aprendida (además de poder generar ansiedad sobre la salud a largo plazo), ¿es justo o ético utilizar la información sobre el grado de riesgo genético para motivar a modificar una conducta difícil de cambiar?

Estrategias para cambiar las conductas de riesgo

La evidencia empírica que se ha revisado anteriormente sugiere que, aunque algunas personas intentarán cambiar su conducta cuando tienen conciencia de correr un riesgo de padecer una enfermedad, como una enfermedad cardiovascular, muchos individuos no intentarán cambiar su conducta o no serán capaces de mantener ningún cambio a largo plazo. Se ha hecho cada vez más patente que puede que no baste con sensibilizar a los individuos sobre su situación de riesgo para promover un cambio de conducta (véase Bennett y Murphy, 1997). Por consiguiente, se han desarrollado intervenciones más sofisticadas para alcanzar estas metas, y en esta sección se analizan algunas.

Históricamente, la mayoría de las intervenciones psicológicas individuales han estado centradas en personas que están relativamente motivadas para cambiar su conducta. Se abren consultorios en los hospitales, en los departamentos de consultas externas o en los centros de salud de atención primaria, y las personas que se toman la molestia de asistir a estos consultorios suelen estar motivadas para tomar parte activa en cualquier programa de cambio. Sin embargo, no siempre es así. Por ejemplo, la introducción de programas de detección en los centros de atención primaria

Modelo de las etapas de cambio

Desarrollado por Prochaska y di Clemente, identifica cinco etapas por las que pasa un individuo cuando está analizando la posibilidad de cambiar de conducta: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento/recaída.

ha dado lugar a la identificación de muchas personas que no están particularmente motivadas para cambiar su conducta. En respuesta a este hecho, se han realizado esfuerzos para desarrollar intervenciones que tienen en cuenta el distinto grado de motivación de los individuos para considerar la posibilidad de cambiar, o empezar a cambiar, en vez de seguir un planteamiento de «la misma intervención para todos». Esta alternativa se ha basado generalmente en el modelo de las etapas de cambio desarrollado por Prochaska y di Clemente (1986). Su **modelo** transteórico del cambio conductual o **de las etapas de cambio** identificaba una serie de cinco etapas a través de las que consideraban que el individuo pasaba cuando estaba analizando la posibilidad de cambiar:

1. *Precontemplación*: el individuo no está considerando la posibilidad de cambiar.
2. *Contemplación*: el individuo está considerando la posibilidad de cambiar, pero no ha pensado sobre cómo puede hacerlo ni sobre la naturaleza exacta del cambio.
3. *Preparación*: el individuo está planificando cómo va a lograr el cambio.
4. *Acción*: el individuo está realizando activamente el cambio.
5. *Mantenimiento o recaída*: el individuo mantiene el cambio (durante más de seis meses) o recaer.

Se piensa que el modelo es aplicable a cualquier tipo de decisión relativa a un cambio, desde dejar el hábito de fumar hasta comprar un nuevo automóvil. Prochaska y di Clemente señalan que los factores que pueden hacer que un individuo pase de una etapa a otra (y puede avanzar o retroceder a lo largo del continuo del cambio, o incluso saltarse etapas) difieren enormemente. Por consiguiente, el modelo no intenta especificar cuáles son estos factores; simplemente que se producen y que hacen que un individuo pase de una etapa a otra. Por tanto, un fumador puede pasar de la precontemplación a la contemplación por padecer una infección pulmonar, pasar a la preparación y a la acción tras leer un libro sobre cómo dejar de fumar en su biblioteca local, y recaer tras haberse sentido tentado a fumar al salir a tomarse unas cervezas con unos amigos.

También se han desarrollado otros modelos del cambio por etapas. Por ejemplo, Heckhausen (1991) identifica cuatro etapas del cambio, cada una con un distinto contenido cognitivo:

1. *Fase previa a la decisión*: se plantea la deseabilidad y viabilidad del cambio.
2. *Fase de decisión*: incluye el análisis de los planes sobre cómo se va a cambiar.
3. *Fase de cambio*: se piensa sobre cómo se va a iniciar y a mantener el cambio inicial.
4. *Fase de evaluación*: se analiza cómo cualquier resultado logrado, en comparación con las metas iniciales, da lugar a la regulación de la conducta, al mantenimiento o a la recaída.

Algunos estudios han encontrado diferencias en el contenido cognitivo de las distintas etapas del cambio. En un análisis de los incentivos y las barreras para el ejercicio físico por parte de mujeres trabajadoras, por ejemplo, Jaffe, Lutter, Rex *et al.* (1999) concluyeron que, aunque las que se encontraban en la fase de precontemplación tenían pocas expectativas positivas sobre el ejercicio, las mujeres que estaban en la fase de contemplación tenían expectativas positivas pero comentaban un mayor número de barreras percibidas. A pesar de este hecho, las teorías del cambio por etapas han sido criticadas tanto por cuestiones teóricas como por cuestiones empíricas.

Los estudios empíricos han tenido dificultades para encontrar un proceso secuencial del cambio, o para ser capaces de situar de forma consistente a un individuo cualquiera en determinada etapa de cambio en un momento dado. Budd y Rollnick (1996), por ejemplo, afirman que un cuestionario sobre la predisposición a cambiar fue capaz de clasificar sólo al 40 por ciento de su muestra de grandes bebedores en una única etapa. Muchas de sus respuestas al cuestionario sugerían que se encontraban en distintas etapas del cambio: una conclusión contrapuesta con la idea de estados de cambio (o etapas) exclusivos y diferentes. El modelo también tiene una utilidad predictiva poco concluyente. Aunque di Clemente, Prochaska, Fairhurst *et al.* (1991) concluyeron que la etapa de cambio en la que los fumadores empezaban a asistir a un programa para dejar el tabaco permitía predecir los niveles de consumo de tabaco posterior, Carlson, Taenzer, Koopmans *et al.* (2003) concluyeron que la etapa de cambio de los participantes al inicio del estudio no permitía tal predicción tras asistir a un tratamiento cognitivo-conductual para dejar de fumar. Por supuesto, en ninguno de estos casos conocemos la influencia que tuvo el tomar parte en la intervención sobre las etapas de cambio de los participantes. No obstante, estos resultados no dan mucho más respaldo al modelo de las etapas de cambio. Estos y otros datos han llevado a los críticos del modelo (por ejemplo, Weinstein, Rothman y Sutton, 1998) a sugerir que la motivación para cambiar debe considerarse más bien como un continuo, medido posiblemente como la fuerza de la intención de cambiar, en vez de como una serie de pasos de un estado cognitivo y conductual a otro.

A pesar de estas críticas al modelo, el enfoque de las etapas del cambio ha sido útil desde la perspectiva de la intervención en tanto en cuanto ha centrado la atención sobre el mejor tipo de intervención para cada etapa de cambio (o nivel de motivación a cambiar, si se quiere conceptualizar así). La repercusión más evidente del modelo es que no tiene mucho sentido intentar enseñar a la gente *cómo* se consigue cambiar si se encuentra en la etapa de precontemplación o, posiblemente, en la de contemplación. Es improbable que estos individuos tengan la suficiente motivación para intentar modificar una conducta que no consideran necesario cambiar. Por el contrario, un individuo que se encuentre en la etapa de planificación o de acción puede estar más motivado para abordar las cuestiones relativas a *cómo* se consigue cambiar, ya que se trata de cuestiones pertinentes y relevantes para estos individuos en ese momento.

Entrevista motivacional

Entrevista motivacional

Desarrollada por Miller y Rollnick, se trata de un conjunto de procedimientos diseñados para aumentar la motivación para cambiar la conducta.

La **entrevista motivacional** (Miller y Rollnick, 2002) es el tipo de intervención con más probabilidades de ser eficaz para las personas que son resistentes al cambio. Su objetivo consiste en aumentar la motivación del individuo para que considere la posibilidad de cambiar, pero no mostrar cómo se puede hacer. Si la entrevista consigue motivar el cambio, sólo entonces se puede centrar la intervención en analizar las formas para lograr el mismo.

La entrevista motivacional surgió del trabajo con individuos que tenían problemas de adicción, pero en la actualidad se utiliza en distintos tipos de situaciones. Está diseñada para ayudar a los individuos a analizar y resolver cualquier ambivalencia que puedan tener sobre el cambio de su conducta (Miller y Rollnick, 2002). Este enfoque supone que, cuando un individuo afronta la necesidad de cambiar, puede tener creencias y actitudes que respaldan su conducta actual y se oponen al cambio. Antes de la entrevista, es probable que predominen los pensamientos opuestos al cambio ya que, de lo contrario, la persona estaría buscando activamente ayuda para cambiar. No obstante, el objetivo de la entrevista consiste en poner sobre la mesa ambos tipos de creencias y actitudes y analizarlas detenidamente («sé que fumar perjudica mi salud», «me gusta fumar», etc.). Se cree que así se pone al individuo en un estado de **disonancia cognitiva** (Festinger, 1957), que se resuelve rechazando un conjunto de creencias a favor de otro. Puede que estas creencias favorezcan o no el cambio de conducta. Si el individuo decide modificar su conducta, la intervención se centrará a continuación en analizar cómo puede lograr el cambio. Si el individuo sigue rechazando la posibilidad de cambiar, normalmente no seguirá en ningún programa de cambio conductual.

La entrevista motivacional evita deliberadamente la confrontación. Miller y Rollnick ven el proceso de la entrevista de motivación, más que como un conjunto de técnicas específicas, como una filosofía para respaldar el cambio individual que no intenta persuadir al individuo para que actúe contra sus propios deseos. No obstante, se pueden identificar unas pocas estrategias clave. Tal vez las preguntas clave de la entrevista sean:

- ¿Cuáles son algunas de las cosas buenas que tiene su conducta actual?
- ¿Cuáles son algunas de las cosas no tan buenas sobre su conducta actual?

La primera pregunta es importante ya que reconoce que el individuo está obteniendo algún beneficio de su conducta actual y debería reducir la resistencia potencial. Una vez que el individuo ha analizado la cuestión (tanto a favor como en contra del cambio) se resumen todos los puntos de forma que se destaque la disonancia entre ambos conjuntos: «así pues, fumar le ayuda a superar el estrés, pero provoca problemas en el trabajo porque el resto de sus compañeros no fuma». Una vez que se ha dado este resumen al individuo, se le invita a analizar cómo se siente tras recibir esta información. Además, Miller y Rollnick sugerían que se puede animar a los

Disonancia cognitiva

Una situación en la que los conocimientos conflictivos o incoherentes producen un estado de tensión o incomodidad (disonancia). Se motiva a los individuos a reducir la disonancia, a menudo rechazando un conjunto de creencias a favor de otro.

pacientes a que analicen activamente los beneficios del cambio, y cómo podrían ser las cosas si se lograra realizar ese cambio. Sólo si expresan cierto interés por cambiar debe pasarse a analizar cómo se puede conseguir. Otros elementos y estrategias clave incluyen:

- expresar empatía mediante la utilización de la escucha reflexiva (*véase* la sección sobre el asesoramiento psicológico centrado en los problemas);
- evitar discusiones suponiendo que el individuo es responsable de la decisión de cambiar;
- aceptar la resistencia en vez de oponerse o terminar en una confrontación;
- respaldar la autoeficacia y el optimismo hacia el cambio.

Dado que el objetivo de la entrevista motivacional es motivar a los individuos a considerar la posibilidad de cambiar y a participar en cualquier tipo de intervención terapéutica, tal vez resulte sorprendente que la mayoría de los estudios sobre los resultados de la misma no hayan analizado esta cuestión. Por el contrario, se han centrado en gran medida en si pueden alterar la conducta a medio y largo plazo. Sin embargo, los estudios que analizan el grado de **motivación** han concluido que es, al menos tan buena, si no mejor, a la hora de animar a participar, que los intentos más directos de persuasión. Carroll, Libby, Sheehan *et al.* (2001) han descubierto que los individuos remitidos a un programa de tratamiento por **abuso de drogas** tenían más probabilidades de seguir asistiendo tras la sesión inicial si en ella había una entrevista motivacional: el 59 por ciento acudió, al menos, a una sesión más tras la entrevista motivacional, comparado con el 29 por ciento tras la primera sesión estándar. Por el contrario, Schneider, Casey y Kohn (2000) compararon la eficacia de la entrevista motivacional y de confrontación para persuadir a los drogadictos a que se sometieran a tratamiento, y encontraron que a los 3 y 9 meses de tratamiento había un porcentaje similar en ambos grupos que habían completado el programa de tratamiento inicial y estos habían logrado una ganancia análoga en cuanto a reducción del uso de drogas. Sin embargo, la entrevista motivacional era más aceptable y menos estresante, tanto para los psicólogos como para los clientes, que el planteamiento de la confrontación, lo que sugiere que debe optarse por este método.

Inicialmente se utilizaron las técnicas de la entrevista motivacional para ayudar a las personas que planteaban problemas de abuso de sustancias, un contexto en el que se ha demostrado que es eficaz. Por ejemplo, Hulse y Tait (2002) concluyeron que la entrevista motivacional era más eficaz que un paquete de información en el tratamiento de un problema de alcohol abordado en sus primeras etapas. Más recientemente se ha utilizado este enfoque en una creciente variedad de conductas. Rescinow, Jackson, Wang *et al.* (2001), por ejemplo, analizan el impacto del programa «Comida para la Vida» («Eat for Life») realizado entre afroamericanos que asistían a iglesias de personas negras. Compararon el efecto de dos intervenciones para intentar aumentar la ingesta de frutas y verduras del grupo diana. Las intervenciones consistían, o bien en una intervención de

Motivación

Memorias, pensamientos, experiencias, necesidades y preferencias que actúan juntos para influir (motivar) el tipo, la fuerza y la persistencia de nuestras acciones.

Abuso de drogas

Implica la utilización de una droga que provoca significativos problemas sociales o laborales.

autoayuda, con una llamada telefónica para animar a seguir el programa, o este mismo enfoque combinado con tres llamadas de teléfono utilizando técnicas de la entrevista motivacional. En el seguimiento realizado un año más tarde, los participantes del segundo grupo estaban comiendo más frutas y verduras que los que estaban en el grupo de autoayuda, los cuales, a su vez, comían más que un grupo de control sin tratamiento. No está claro que se deba a la mayor atención que se dio al grupo de intervención combinada o a los elementos de la motivación. Harland, White, Drinkwater *et al.* (1999) han realizado un intento de aumentar el ejercicio físico en un centro de atención primaria utilizando la entrevista motivacional. Realizaron hasta seis entrevistas motivacionales en un periodo de seis semanas, diseñadas para aumentar el nivel de ejercicio, y lo compararon con una sencilla intervención de control consistente en «aconsejar que se haga ejercicio». El programa tuvo cierta ganancia a corto plazo, ya que hubo más participantes de la intervención motivacional que aumentaron su ejercicio físico durante las 12 semanas siguientes a la intervención que los individuos del grupo de control (38 frente a 16%). Sin embargo, las mediciones a más largo plazo no encontraron diferencia alguna, lo que sugiere que, aunque las estrategias motivacionales pueden promover la iniciación de una conducta, es posible que sean necesarias distintas estrategias para mantener el cambio de conducta, sobre todo cuando es un cambio complejo y exigente, como en el caso del ejercicio físico.

Provisión de información

El programa OXCHECK descrito anteriormente proporciona un buen ejemplo de una intervención basada en la información. Estos programas parten con frecuencia del supuesto de que los individuos realizarán los cambios necesarios si se les informa de la necesidad de cambiar, y de la naturaleza de los cambios que tienen que realizar. Muchos programas de educación sanitaria a pequeña escala siguen basándose en este supuesto: los programas de detección de muchas consultas británicas de atención primaria, por ejemplo, hacen pruebas de los niveles de colesterol y proporcionan información sobre los riesgos y sugerencias de dietas alternativas que puede utilizar el individuo en el que se detecta un alto nivel de colesterol. Sin embargo, el impacto relativamente reducido de estas intervenciones, así como la creciente sensibilización y utilización de la teoría psicológica (véase más adelante) han llevado a admitir que cualquier provisión de información sobre *lo que hay que* cambiar pueden mejorarse significativamente con información sobre *cómo* hacerlo. Un buen ejemplo de esta transición puede encontrarse en los folletos para dejar de fumar disponibles en el Reino Unido, cuyo énfasis ha pasado de centrarse en la enfermedad y el daño para los pulmones a estar en las estrategias de planificación e implementación del cambio. Se han ido incluyendo folletos que explican la necesidad de dejar de fumar en los programas paso a paso que muestran a los individuos *cómo* dejar de fumar y les enseñan cualquier habilidad que pueda beneficiarlos: por ejemplo, reducir el consumo hasta que se fuman unos

12 cigarrillos al día, elegir el día para dejarlo, analizar las estrategias para abandonar los ámbitos relacionados con el tabaco, como no llevar cigarrillos encima, etc. En los próximos apartados analizamos una serie de enfoques que pueden mejorar la eficacia de la mera información.

Enfoque de resolución de problemas

Asesoramiento centrado en los problemas

Un enfoque de asesoramiento desarrollado por Gerard Egan que intenta promover un enfoque de colaboración estructurado entre el psicólogo y el cliente para resolver los problemas de la vida.

Las intervenciones centradas en los problemas proporcionan un tipo de estrategia para analizar cómo, en vez de qué, cambiar. Se aplican mejor a individuos que están dispuestos a analizar la posibilidad de cambiar su conducta y que necesitan ayuda sobre cómo hacerlo. Tal vez el enfoque descrito con más claridad sea el desarrollado por Egan (por ejemplo, 2001) de **asesoramiento centrado en los problemas**. Su tipo de asesoramiento centrado en los problemas es, en parte, complejo, pero tiene un marco básico sencillo. Pone el énfasis en la importancia del análisis adecuado del problema que tiene el individuo, afirmando que es un elemento crítico del proceso de asesoramiento. Sólo cuando se ha logrado se puede identificar una solución adecuada al problema. Un elemento adicional del enfoque de Egan es que la tarea del psicólogo no es la de actuar como un experto para resolver los problemas del individuo una vez identificados. Por el contrario, su papel consiste en movilizar los propios recursos del paciente, tanto para identificar con precisión los problemas como para encontrar las estrategias de solución. El asesoramiento está orientado al problema. Se centra concretamente en los problemas en cuestión y en el «aquí y ahora» y tiene tres fases independientes:

1. Análisis y clarificación del problema.
2. Establecimiento de metas.
3. Facilitación de la acción.

Es posible que algunos individuos no tengan que pasar por cada etapa del proceso de asesoramiento. Otros pueden ser capaces de superar todas las fases en una única sesión, y otros pueden necesitar varias sesiones de asesoramiento. Sin embargo, es importante abordar cada etapa de manera secuencial y exhaustiva. Saltar de una etapa a otra sólo consigue crear confusión, tanto para el asesor como para la persona asesorada.

■ Análisis y clarificación del problema

El objetivo de la primera etapa del asesoramiento consiste en ayudar al individuo a identificar los problemas que tiene (o puede tener) para lograr cambiar. Hay diversas maneras de encontrar la información necesaria para averiguar la naturaleza del problema que tiene el individuo, incluyendo:

- preguntas directas;
- sugerencias;
- retroalimentación empática.

La forma más evidente de obtener información consiste en plantear preguntas directas. Éstas deben ser abiertas para evitar las respuestas de una

sola palabra. Las preguntas del tipo «¿qué come su familia un fin de semana cualquiera?» ofrecerán probablemente mucho más información que «¿con qué frecuencia come verdura su familia?». Un segundo enfoque parecido al de las preguntas directas es el de las sugerencias. Aquí la solicitud de información adopta la forma de sugerencias y sondeos para obtener información: «hábleme de...», «describa...». Otro método adicional para lograr analizar el problema es a través de la retroalimentación empática. Expresar a los individuos que se comprende su situación o sus sentimientos mediante un sencillo comentario («es cierto, puede resultar difícil agradar a toda la familia cuando se cocina una comida más sana»), lo que puede animar a analizar el problema tanto, si no más, que las preguntas directas. Esta retroalimentación también muestra al individuo que la persona que lo está asesorando comprende los problemas que tiene.

■ Establecimiento de metas

Una vez que se han identificado los problemas concretos, algunas personas pueden sentir que tienen los recursos para superarlos y no necesitan más ayuda para hacer los cambios pertinentes. Sin embargo, otras pueden necesitar más ayuda para determinar qué es lo que quieren cambiar y cómo van a hacerlo. La primera etapa de este proceso consiste en ayudar al individuo a decidir los objetivos que quiere conseguir y enmarcarlos en términos concretos en vez de generales (por ejemplo, «iré al gimnasio los martes y jueves por la tarde» en vez de «tengo que hacer más ejercicio»). Si el objetivo final parece demasiado difícil de alcanzar en un solo paso, es necesario promover la definición de objetivos intermedios para alcanzar el objetivo final. El éxito a corto plazo, si se consiguen objetivos a corto plazo modestos, tiene más posibilidades de promover más cambios que el intento de alcanzar objetivos a largo plazo más difíciles. Es más fácil perder 1 kilo a la semana que intentar perder 10 kilos en un periodo de tiempo sin especificar. Los objetivos tienen que tener en cuenta los recursos personales del individuo, y sus circunstancias sociales y del entorno. Incluso un pequeño paseo de 10 minutos, dos o tres veces a la semana, puede ser una meta inicial suficiente para una persona que no ha hecho ejercicio físico durante mucho tiempo.

Algunos objetivos pueden resultar evidentes tras la fase de análisis del problema. Sin embargo, si no fuera así, Egan ha identificado una serie de estrategias diseñadas para ayudar a un individuo a identificar y definir objetivos. Un buen resumen de los problemas que ha identificado el individuo puede proporcionar un método conciso y estructurado de centrarse en los cambios necesarios. El reto consiste en invitar a la persona a explorar nuevas perspectivas. Resulta particularmente útil cuando el individuo parece estar bloqueado en su antigua forma de pensar o siente que no se puede hacer gran cosa. Hay que tener cuidado en estos casos. Sin embargo, los retos directos, por muy bien planteados que estén («bueno, ¿y por qué no intentas perder 1 kilo a la semana?») provocarán probablemente resistencia al cambio o un sentimiento de derrota (*véase* más arriba). Por tanto, en este contexto, el reto consiste en invitar al individuo a explorar nuevas

soluciones, utilizando frases del tipo «tal vez sería útil analizar distintas maneras de resolver este problema».

■ Facilitación de la acción

Una vez que se han definido objetivos en la segunda fase del asesoramiento, algunas personas pueden sentir que ya no necesitan más ayuda para alcanzarlos. Otros, que en esta etapa ya pueden tener una buena idea de qué es lo que quieren conseguir, pueden no tener claro *cómo* conseguirlo. Esta tercera fase del modelo de Egan implica, por tanto, analizar cómo se van a lograr los cambios deseados. Puede que siga siendo necesario debatir entre el profesional y el individuo. Una estrategia útil en esta etapa es recurrir a la tormenta de ideas (*brainstorm*). Este método consiste en pensar en todas las posibilidades que se puedan imaginar. Una vez generada una lista, se pueden analizar detenidamente las posibilidades para encontrar las mejores estrategias para resolver el problema en concreto.

CASO DE ESTUDIO

Un ejemplo del asesoramiento centrado en los problemas en funcionamiento

La Sra. T. participó en un programa de chequeo habitual en su centro de salud local donde se concluyó que era obesa y que tenía un elevado nivel de colesterol. Tras recibir asesoramiento dietético normal, la Sra. T. aceptó fijarse el objetivo de perder 1 kilo a la semana durante los próximos meses. Se le entregó un folleto que ofrecía información sobre el contenido calorífico y de grasa de diversos tipos de alimentos, y un folleto con recetas «saludables».

En sus visitas de seguimiento, su nivel de colesterol y su peso permanecieron idénticos, así que acudió a una asesora para que le proporcionara más ayuda. La asesora utilizó el enfoque de Egan de asesoramiento centrado en el problema. En la primera sesión analizó por qué la Sra. T. no había seguido el asesoramiento que había recibido anteriormente. La Sra. T. explicó que ya sabía qué alimentos eran sanos y cuáles no. En efecto, ya se había puesto a régimen en otras muchas ocasiones anteriores, sin demasiado éxito. Juntas, ella y la asesora empezaron a analizar por qué era así. En ese momento identificaron varios problemas. Un factor importante era que no estaba recibiendo apoyo de su familia y, en particular, de sus dos hijos mayores. La Sra. T. cocinaba para toda la familia, cuyos miembros solían pedir «cosas fritas». Aceptaba su papel, pero tenía problemas para no picotear mientras cocinaba. Aunque realmente comía poca cantidad (y con bajo contenido en grasas) la costumbre de picotear al cocinar aumentaba significativamente su ingesta de calorías y colesterol.

El marido de la Sra. T. apoyaba sus intentos de perder peso y estaba dispuesto a cambiar su dieta para ayudarla. Sin embargo, sus hijos solían pedir comida cuando volvían del bar, tarde por la noche, y a menudo borrachos. El resultado era que empezaba a cocinar tarde por la noche, al final de un día que podía haber sido una jornada de éxito en su régimen. En ese momento picoteaba comida con muchas calorías mientras cocinaba. Esto tenía dos resultados. Primero, aumentaba su ingesta de calorías en un momento en el que no las necesitaba. Segundo, a veces

se dejaba llevar totalmente («he comido tanto que da igual que abandone la dieta por hoy») e ingería una comida entera a esas horas. También reducía su motivación para seguir con el régimen al día siguiente.

Una vez identificado este problema concreto, la Sra. T. se fijó como objetivo no volver a cocinar comida frita por la noche para sus hijos. Decidió que, si en el futuro sus hijos querían cenar ese tipo de comida, tendrían que cocinársela ellos solos. Una vez fijado el objetivo, la Sra. T. se sentía un poco preocupada por cómo reaccionarían sus hijos si no seguía haciéndoles la cena, por lo que tanto ella como la asesora analizaron la forma en que podría decírselo, y de mantener su resolución. Finalmente, decidió que se lo diría la siguiente semana, explicando el porqué. Incluso ensayó cómo lo diría. Lo hizo, con un resultado: empezó a perder peso.

A pesar de la eficacia generalmente reconocida del enfoque de asesoramiento centrado en los problemas, ha habido, sorprendentemente, un escaso análisis empírico de su eficacia. En uno de los pocos estudios realizados en el contexto de la promoción de la salud, Gomel, Oldenburg, Simpson *et al.* (1993) estudiaron a miles de trabajadores manuales para detectar factores de riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares, asignándolos a uno de los siguientes tres grupos si se encontraba al menos un factor de riesgo:

1. Educación sobre el factor de riesgo.
2. Asesoramiento centrado en el problema.
3. Grupo de control sin intervención.

Los participantes del programa de educación recibieron asesoramiento típico sobre los cambios del estilo de vida necesarios para reducir su riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular (siguiendo el modelo de información) y vieron algunos vídeos que mostraban cómo modificar estos factores de riesgo. Los participantes en el programa de resolución del problema pasaron primero por un ejercicio basado en las técnicas de la entrevista motivacional. Después identificaron una serie de situaciones de alto riesgo en las que era probable que mostraran una conducta de riesgo de enfermedad cardiovascular (como fumar o tomar comidas con mucha grasa) o que podrían interferir con una nueva conducta más saludable (como no reservar ningún tiempo para hacer ejercicio) y reflexionaron sobre cómo podrían minimizar su efecto. Esta intervención más compleja resultó más eficaz. Los participantes de este grupo mostraron una mayor reducción de la presión arterial, el índice de masa corporal y el consumo de tabaco que los individuos que estaban en el grupo de control sin intervención o en la intervención que sólo ofrecía educación.

En un estudio dirigido más específicamente a la reducción de la presión arterial, Elmer, Grimm, Laing *et al.* (1995) también estudiaron los efectos de un programa que incorporaba un elemento de resolución de problemas. Se enseñó a los participantes a reconocer indicios del entorno y psicológicos que les llevaban a comer en exceso, y a planificar cómo cambiar o superar estas situaciones, así como a encontrar la manera de empezar y mantener un programa de ejercicio. También trabajaron con sus parejas para

desarrollar una estrategia conjunta para respaldar cualquier cambio del estilo de vida que realizaran. Un año después del inicio del programa, la intervención parecía ser un éxito. En ese momento, el 70 por ciento de los participantes había reducido significativamente su ingesta de alcohol y había aumentado su ejercicio físico. Por consiguiente, lograron una significativa pérdida de peso a lo largo del año, y su presión arterial había disminuido significativamente.

■ Abandono del hábito de fumar como forma de resolver problemas

Aunque puede que no lo afirmen de forma explícita, otros muchos programas de cambio de conducta tienen un elemento de identificación y resolución de problemas. El ejemplo del abandono del hábito de fumar puede ilustrar esta cuestión. El tabaquismo deriva de dos procesos:

1. Una respuesta asociada a diversas claves del entorno (contestar al teléfono, tomar café, etc.): el llamado cigarrillo por costumbre.
2. Una necesidad fisiológica de nicotina: para recuperar los niveles de nicotina e impedir la aparición de los síntomas del síndrome de abstinencia.

La nicotina es una droga extremadamente potente. Actúa sobre el sistema colinérgico (el sistema del neurotransmisor acetilcolina) que, en parte, media en los niveles de atención y de activación en el cerebro y la actividad muscular del cuerpo. Su actividad es bifásica: es decir, unas breves y fuertes inhalaciones dan lugar a una mayor actividad en este sistema, al juntarse la nicotina con los receptores de la acetilcolina, y activa las neuronas, lo que da lugar a un mayor estado de alerta. Las inhalaciones largas, por el contrario, dan lugar a que la nicotina se mantenga en los receptores post-sinápticos de la acetilcolina, impidiendo más absorción de nicotina o de acetilcolina por los receptores, lo que da lugar a una sensación de relajación. Por tanto, cuando un individuo deja de fumar, puede tener que superar:

- la pérdida de un potente medio de alterar su estado de ánimo y su nivel de atención;
- síntomas del síndrome de abstinencia como consecuencia de la dependencia biológica de la nicotina;
- la necesidad de fumar desencadenada por distintas claves contextuales.

Los mejores programas para dejar de fumar abordan cada uno de estos problemas. Tras determinar un «día para dejarlo», la mayoría de los programas buscan el abandono total del hábito, lo que provocará en el individuo distintos grados de ganas de fumar debido a los síntomas del síndrome de abstinencia o a encontrarse en situaciones que anteriormente estaban relacionadas con el consumo de tabaco. Cualquier síntoma del síndrome de abstinencia tardará de dos a tres semanas en desaparecer y tendrán una máxima intensidad en los dos o tres primeros días tras dejarlo. Por

Acetilcolina

Derivado cristalino blanco de la colina que se libera al final de las fibras nerviosas en el sistema nervioso parasimpático y que participa en la transmisión de los impulsos nerviosos en el cuerpo.

tanto, hay un periodo preciso de un gran riesgo de recaída tras el abandono, que puede deberse a la incomodidad psicológica y fisiológica de la abstinencia.

Muchos programas preparan a los futuros exfumadores para superar estos problemas. Cada conjunto de estrategias incluye cierto grado de resolución de problemas, ya que el fumador tiene que identificar tanto los problemas concretos que puede tener como las soluciones individuales a los mismos (*véase* la Tabla 6.2). Las estrategias pueden incluir:

- cómo afrontar las claves que incitan a fumar: esto puede incluir evitarla por completo o encontrar formas de superar la tentación desencadenada por dichas claves;
- cómo reducir la posibilidad de ceder ante las ganas de fumar cuando se producen;
- cómo superar cualquier síntoma del síndrome de abstinencia.

Una estrategia para superar los síntomas del síndrome de abstinencia consiste en utilizar una **terapia de sustitución de nicotina**, ya sea con un chicle o, más recientemente, con un **parche transdérmico**. Inicialmente se consideró que el desarrollo de la terapia de sustitución de nicotina constituía un avance importante que evitaría la necesidad de ningún tipo de intervención psicológica para ayudar a la gente a dejar de fumar. Ahora se ha demostrado que no es así. En efecto, la mayoría de los fabricantes de productos de sustitución de nicotina recomiendan ahora utilizar una serie de estrategias de resolución de problemas junto con el tratamiento, una recomendación respaldada claramente por el resultado de los ensayos clínicos sobre su utilización. Los estudios que han analizado, por ejemplo, la utilización de parches de nicotina transdérmicos han mostrado un elevado nivel de abandono del hábito durante su utilización, pero grandes niveles de recaídas cuando se dejaban de utilizar o, en algunos casos, periodos excesivamente largos de utilización de los parches (*véase* Seidman y Covey, 1999). Ahora en la mayoría de las intervenciones se utiliza una combinación de una terapia de sustitución de nicotina y procedimientos de resolución de problemas.

Para medir la eficacia de este enfoque, Molyneux, Lewis, Leivers *et al.* (2003) compararon la eficacia de la atención normal (sin asesoramiento) frente al enfoque de resolución de problemas por sí solo o en combinación con la terapia de sustitución de nicotina en 274 pacientes de un hospital. El porcentaje de personas que dejó de fumar era más alto en el grupo de la terapia de sustitución de nicotina combinada con el enfoque de resolución de problemas que en el grupo con sólo tratamiento psicológico o en los grupos con la atención habitual. La diferencia entre los grupos era significativa cuando se daba el alta a los pacientes: el 55, 43 y 37 por ciento de cada grupo, respectivamente, había dejado de fumar. En la evaluación de seguimiento 12 meses más tarde las cifras correspondientes eran 17, 6 y 8 por ciento. Análogamente, Richmond, Kehoe y de Almeida Neto (1997) compararon un programa de resolución de problemas combinado con, o bien un parche de nicotina transdérmico o un parche placebo. En el seguimiento realizado 12 meses más tarde, el 28 por ciento de los que estaban

Terapia de sustitución de nicotina

Sustitución de la nicotina para minimizar los síntomas del síndrome de abstinencia tras dejar de fumar. Se proporciona de distintas maneras, incluyendo un parche transdérmico colocado en la piel que libera una dosis concreta de nicotina a lo largo del tiempo.

Parche transdérmico

Método para liberar un fármaco de forma lenta. El fármaco está impregnado en el parche, que se pega a la piel, y el cuerpo va absorbiendo paulatinamente la sustancia.

Tabla 6.2 Algunas estrategias que pueden utilizar los fumadores para ayudarlos a resolver los problemas del periodo inmediato al abandono

Estrategias de evitación	Estrategias de afrontamiento
Sentarse con amigos que no fumen en los descansos para el café	Si siente la necesidad de fumar, centre su atención en cosas que están ocurriendo a su alrededor, y <i>no</i> en su deseo de un cigarrillo
Beba algo distinto en los descansos para el café: rompa su rutina para no encender un cigarrillo de forma automática	Piense en cosas que le distraigan, cuente hacia atrás de 7 en 7 a partir de 100
Vaya a dar un paseo en vez de fumar	Recuerde las razones por las que ha dejado de fumar: llévelas en tarjetas de recordatorio y consúltelas si le ayuda
Mastique chicles sin azúcar o caramelos en los momentos en los que normalmente fumaría	
Retire los ceniceros de su vista	
Intente mantenerse ocupado, de forma que no tenga tiempo para pensar en el tabaco	
Haga que le resulte difícil fumar	Reetiquetado cognitivo
No lleve dinero encima, así no podrá comprar tabaco	Estos terribles síntomas son una señal de recuperación
Evite pasar delante del estanco donde normalmente compra el tabaco	

en el grupo de resolución de problemas más el parche transdérmico no fumaba en el momento de la evaluación; el 12 por ciento de los que estaban en el programa de resolución de problemas con un placebo no fumaba.

Hasta ahora, las comparaciones entre los tipos de intervención han ignorado en gran medida el tipo de fumador sometido a la prueba. Sin embargo, un interesante estudio tuvo en cuenta el tipo de fumador que participaba en el programa. Hall, Tunstall, Rugg *et al.* (1985) identificaron a los fumadores como fumadores fundamentalmente dependientes de la nicotina o fumadores por costumbre, y asignaron a la mitad de cada tipo de fumador, o bien a un programa centrado en los problemas, que debería funcionar mejor con los fumadores por costumbre, o bien a un programa con un chicle de nicotina dirigido a los participantes dependientes de la nicotina, y una combinación de estos dos enfoques. Cada grupo funcionó mejor con la intervención diseñada para cada tipo de fumador en particular, aunque sólo el grupo dependiente de la nicotina se benefició de la intervención combinada. En el seguimiento realizado un año más tarde, el 50 por ciento de los dependientes de la nicotina que había recibido el programa combinado seguía sin fumar, comparado con el 32 por ciento que sólo recibió el tratamiento de sustitución de nicotina y el 11 por ciento de los que recibieron la intervención centrada en la resolución de problemas. Entre los fumadores que fuman por costumbre, las tasas correspondientes fueron del 42, el 38 y el 47 por ciento.

Hallazgos de la investigación

Stephoe, A., Doherty, S., Rink, E., Kerry, S., Kendrick, T. y Hilton, S. (1999). Behavioural counselling in general practice for the promotion of healthy behaviour among adults at increased coronary heart disease: randomised trial. *British Medical Journal*, 319: 943-948.

Los autores señalan que aunque los estudios del Family Heart Study Group y las pruebas de OXCHECK sólo lograron modestas mejoras de la salud de los individuos que participaron en los programas de chequeo, se podría mejorar su eficacia si se dirigieran únicamente a las personas con un elevado riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular, y si, además, se proporcionaran intervenciones motivacionales y conductuales en lugar de los tradicionales métodos de educación utilizados en estos estudios.

Su intervención se basó en el modelo de las etapas de cambio (*véase* el texto), con distintos tipos de procedimientos de asesoramiento y conductuales para los pacientes en las distintas etapas de preparación para cambiar de conducta. La intervención fue realizada por las enfermeras de los centros de atención primaria para pacientes con un elevado riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular. Pensaron que este planteamiento más centrado en las personas con un riesgo significativo de contraer una enfermedad cardiovascular daría lugar a un mayor cambio que el que se había conseguido con las intervenciones del Family Heart Study Group y del grupo OXCHECK.

Participantes y método

Se eligieron 20 centros de atención primaria, asignados posteriormente al grupo de intervención o al grupo de control. Los centros fueron equilibrados en función del grado de pobreza en las áreas atendidas. Los pacientes pasaban a formar parte de la prueba en cada centro de atención primaria si se identificaba que tenían uno o más factores de riesgo modificables de contraer una enfermedad cardiovascular:

- fumar más de un cigarrillo al día;
- tener un elevado nivel de colesterol en sangre;
- tener exceso de peso junto con un reducido nivel de ejercicio físico (menos de 12 episodios de ejercicio vigoroso o moderado durante al menos 20 minutos en el mes anterior).

Se excluía a los pacientes que estaban recibiendo medicamentos relacionados con enfermedades coronarias o elevada presión arterial, o si ya padecían una enfermedad cardiovascular. Recibieron, o bien asesoramiento conductual, o una intervención mínima de control.

Asesoramiento conductual

Se ofreció formación a una enfermera de cada uno de los diez centros de atención primaria para que pudiera dar asesoramiento conductual. Se formó a las enfermeras para valorar la preparación de los pacientes para cambiar y para utilizar técnicas de motivación, establecimiento de metas y asesoramiento conductual específico para permitir el cambio. Los diversos objetivos y enfoques de intervención utilizados fueron:

- *fumar*: abandono por completo: asesoramiento conductual más terapia de sustitución de nicotina (*véase* el texto);
- *elevado colesterol*: se aconsejaba aumentar el consumo de frutas y verduras en el marco de una dieta equilibrada;

- *exceso de peso/falta de ejercicio*: se aconsejó que aumentaran el nivel de actividad física hasta 12 sesiones de actividad fuerte o moderada al mes.

Se invitó a los pacientes a asistir a un máximo de tres sesiones de 20 minutos con la enfermera si tenían dos o más factores de riesgo y a dos sesiones si sólo se tenía uno. Estos contactos se complementaron con llamadas telefónicas acordadas entre los pacientes y las enfermeras.

Medidas

La medición de los resultados incluyó:

- *Niveles de colesterol en sangre*, medidos antes de entrar en el estudio, a los cuatro meses (para los que sólo tenían un elevado nivel de colesterol) y al año.
- *El consumo de tabaco* se midió utilizando un cuestionario sobre el número de cigarrillos que se fumaba diariamente a los cuatro meses y al año. Los fumadores que afirmaban que habían dejado de fumar debían dar una muestra de saliva (que se tomaba con un bastoncillo de algodón). Esto permitiría medir la cotinina (un metabolito de la nicotina) y proporcionaba una medida fisiológica de si el individuo fumaba o no.
- *Grasa en la dieta*, evaluada mediante un cuestionario que medía la frecuencia de consumo de diversos alimentos.
- *Niveles de ejercicio*, evaluado mediante autoinforme del número de episodios de ejercicio vigoroso o moderado durante el último mes, en las evaluaciones de seguimiento a cuatro y 12 meses.

Resultados

Se reclutó a un total de 567 pacientes de control y 316 de intervención. No hubo diferencias en función de la edad (edad media = 46,7 años), sexo (406 varones, 477 mujeres) o estado civil y nivel de estudios entre el grupo de intervención y el grupo de control. En la línea base, 404 participantes (46%) fumaba, 365 (42%) tenían un alto nivel de colesterol, y 699 (79%) tenían exceso de peso y no hacían suficiente ejercicio. De los individuos a los que se invitó a que asistieran a sesiones de asesoramiento, el 90 por ciento asistió, al menos, a una sesión de asesoramiento, el 73 por ciento asistió a dos y el 58 por ciento asistió a tres.

Abandono del estudio

En total, el 71 por ciento de los individuos que participaron inicialmente en el estudio acudieron a la sesión de evaluación a los cuatro meses, y el 59 por ciento lo hizo a la evaluación 12 meses más tarde. Los que abandonaron el estudio tenían más probabilidades de ser más jóvenes y de fumar, y tenían menos probabilidades de tener un alto nivel de colesterol que los que cumplieron los cuestionarios en cada fase del estudio.

Resultados principales

En las evaluaciones a cuatro y doce meses, los participantes del grupo de intervención lograron porcentajes de cambio significativamente mayores que los individuos del grupo de control en una serie de variables:

- mayor reducción de una dieta rica en grasas;
- mayor reducción del número de cigarrillos fumados al día;
- mayor porcentaje de individuos que dejaron de fumar;

- mayor incremento del ejercicio físico;
- mayor reducción de la presión arterial sistólica;
- no se produjeron diferencias entre los grupos en las mediciones del colesterol, el peso respecto a la altura y la presión arterial diastólica.

En el seguimiento a doce meses, se mantuvieron estas diferencias entre los grupos.

Discusión

Los autores señalan que el estudio tuvo dificultades para reclutar y retener a los individuos en el programa. Fue especialmente difícil reclutar y retener a fumadores jóvenes. Esto significa que, aunque la intervención parece haber cambiado la conducta, sólo lo hizo entre un porcentaje limitado de individuos con riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular. También hay que destacar que las mediciones ofrecidas por las afirmaciones personales no quedaron reflejadas en las mediciones fisiológicas como el colesterol o el peso, aunque los niveles de consumo de tabaco fueron verificados biológicamente y relevantes para reducir el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular. Así pues, el efecto sobre la salud a largo plazo puede ser bastante limitado. En este capítulo, y en el siguiente, señalamos que los cambios de conducta relacionada con las enfermedades cardiovasculares son cada vez más difíciles de conseguir con intervenciones de duración limitada como ésta, debido a la amplia disponibilidad de información sobre las enfermedades cardiovasculares. Por tanto, sigue cuestionándose el efecto de estos programas de detección de riesgos.

Cambio por modelado

Aprendizaje vicario

Aprendizaje a partir de la observación de los demás.

Teoría del aprendizaje social

Esta teoría considera que la conducta es fundamentalmente una consecuencia del aprendizaje que tiene lugar en el medio social del individuo y concede a los procesos cognitivos o simbólicos un importante papel en el aprendizaje y cambio de la conducta. La regulación de la conducta es fruto de la interacción de tres sistemas: estímulos externos, consecuencias (refuerzos y castigos) y procesos cognitivos mediacionales. Pone un especial énfasis en la autoeficacia, en la autorregulación y el autocontrol.

Las intervenciones centradas en los problemas pueden ayudar a los individuos a desarrollar estrategias para cambiar. Sin embargo, puede ser difícil conseguir el cambio, sobre todo cuando el individuo carece de las habilidades o de la confianza en su capacidad para superar las exigencias que plantea el cambio. El propio Egan señaló que puede ser necesario enseñar a la gente habilidades para conseguir cualquier meta que se haya puesto.

Una forma de remediar estos déficit consiste en aprender habilidades observando a otros: un proceso que se conoce como **aprendizaje vicario u observacional**. La **teoría del aprendizaje social** de Bandura (1977; véase el Capítulo 5) sugiere que tanto las habilidades como la confianza en la capacidad de cambiar (autoeficacia) pueden aumentar mediante una serie de sencillos procedimientos, incluyendo la observación de otros individuos realizando las tareas relevantes (aprendizaje vicario), la práctica de las tareas en un programa gradual del desarrollo de habilidades, y la persuasión activa. La eficacia del aprendizaje por observación de otros individuos puede depender de una serie de factores. Sin embargo, generalmente se puede conseguir el aprendizaje óptimo y el aumento de la autoeficacia mediante la observación de individuos similares al observador que consiguen realizar con éxito las tareas relevantes. Se puede mejorar aún más utilizando lo que Bandura denominó *modelos de afrontamiento*, por los que los individuos que están siendo observados hacen una demostración de la ha-

bilidad, o de otra conducta, de forma que el observador no tiene la sensación de no estar cualificado ni de ser incapaz de aprender la habilidad. Cuando se enseñan habilidades complejas, la conducta puede quedar moldeada por el aprendizaje progresivo por parte del observador de las habilidades realizadas por los modelos.

Una forma en que puede funcionar este planteamiento es mediante la utilización de vídeos, un sistema que ha resultado especialmente eficaz para modificar la conducta sexual. O'Donnell, O'Donnell, San Doval *et al.* (1998), por ejemplo, hicieron un seguimiento de más de 2.000 individuos que asistieron a consultorios especializados en enfermedades de transmisión sexual y que fueron asignados de forma aleatoria a un grupo de control o a un grupo de intervención para animar a utilizar técnicas sexuales más seguras, en concreto, el preservativo. La intervención consistía en que los individuos observaban un vídeo que proporcionaba información sobre enfermedades de transmisión sexual y su prevención, en el que se mostraban actitudes positivas sobre la utilización de preservativos y se modelaban estrategias para negociar la utilización del preservativo en distintas relaciones sexuales. Esto último era un importante elemento del paquete: la mayoría de las personas sexualmente activas saben cómo se utiliza el preservativo, pero pueden carecer de las habilidades para negociar su utilización con una nueva pareja sexual. Se hizo un seguimiento de la asistencia a sesiones adicionales de ambos grupos durante una media de 17 meses tras la intervención. En ese momento, la tasa de nuevas infecciones era significativamente inferior entre los que habían recibido la educación preventiva con vídeo que entre los individuos del grupo de control (23% comparado con el 27%). Entre el subgrupo de individuos con un número relativamente elevado de parejas sexuales, las tasas de infecciones eran del 32 por ciento en el grupo de control y del 25 por ciento entre los individuos que habían visto el vídeo.

Las mediciones más directas del cambio de conducta también respaldan la utilización de vídeos en este contexto. Zimmers, Privette, Lowe *et al.* (1999) han concluido que el uso del preservativo femenino referido por las mujeres que vieron el vídeo sobre su uso en los consultorios sobre VIH era el doble que el del grupo de control que no lo vio. Mathews, Guttmacher, Coetzee *et al.* (2002) informan sobre otra utilización diferente, e importante, del vídeo en el contexto de la infección por VIH. Lo utilizaron para enseñar a los asistentes a un consultorio sobre enfermedades de transmisión sexual en Kwazulu Natal, Sudáfrica, cómo decir a sus parejas sexuales (que podrían tener el VIH) que era necesario que se sometieran a pruebas para determinar su estado de salud. Es importante, porque permite a estos individuos ser tratados y prevenir un mayor contagio del VIH. A resultas de la intervención aumentó la confianza de las asistentes en su capacidad de hablar con sus parejas sexuales, así como el número de parejas sexuales que asistieron posteriormente al consultorio.

La eficacia de la intervención utilizando vídeos puede mejorar recurriendo a otras técnicas de cambio conductual. O'Donnell, San Doval, Duran *et al.* (1995), por ejemplo, han comparado la eficacia, o bien de la utilización únicamente del vídeo, o bien de la utilización del vídeo combi-

nada con una sesión de promoción de habilidades para la resolución de problemas, y con un grupo de control sin tratamiento, en una intervención que pretendía promover una conducta sexual más segura entre los asistentes a un consultorio sobre enfermedades de transmisión sexual. Las dos intervenciones activas demostraron ser mejores que la falta de intervención, siendo la más eficaz la intervención combinada. Una forma de valorar directamente el impacto de su intervención consistió en proporcionar a todos los participantes del estudio un vale que podían intercambiar en una farmacia local para adquirir preservativos de forma gratuita; el 40 por ciento de las personas que tomó parte en la intervención combinada utilizó este servicio, comparado con el 28 por ciento de los que sólo vieron el vídeo y el 21 por ciento del grupo de control sin intervención. Parece que, aunque puede ser eficaz aprender a hacer cosas con un vídeo, todavía se puede mejorar animando a la gente a que piense en las formas de cambiar en su propio contexto.

No está claro cuánto tiempo duran los efectos de cualquier ganancia de las intervenciones combinadas. Kalichman, Cherry y Browne-Sperling (1999), por ejemplo, han comparado los efectos de un grupo con vídeo y una sesión de educación de seis horas con un grupo de intervención que utilizaba el mismo vídeo combinado con un programa diseñado para promover la motivación y las habilidades como parte de un programa para reducir la conducta de riesgo de contraer el VIH. En la evaluación de seguimiento realizada tres meses más tarde, los participantes de la intervención consistente en motivación y promoción de habilidades refirieron menores tasas de sexo sin protección que los individuos del grupo de vídeo/educación. En el seguimiento realizado seis meses más tarde, las ganancias del programa combinado habían desaparecido. Estos beneficios a corto plazo fueron similares a los que ofrecen Jenkins, Jenkins, Nannis *et al.* (2000), que concluyeron que la utilización de un vídeo interactivo aumentaba las intenciones de los participantes de abstenerse de mantener relaciones sexuales y de cambiar su conducta de riesgo a corto plazo, pero estos cambios no se mantuvieron en la evaluación de seguimiento. Concluyen que la conducta sexual de riesgo es particularmente resistente al cambio, pero que la intervención de una única sesión tiene cierto impacto, lo que se puede considerar como un efecto de «primacía» que se puede mejorar con intervenciones con múltiples sesiones.

Práctica conductual

Otro complemento o alternativa a las estrategias de resolución de problemas implica la práctica real de la nueva conducta. Aquí, se pueden enseñar soluciones a los problemas, así como las habilidades necesarias para lograr el cambio recurriendo a un programa de educación que aumenta tanto las habilidades como la autoeficacia. En un estudio de este enfoque, de nuevo en el marco de la conducta sexual, Kelly, Murphy, Washington *et al.* (1994) han estudiado la eficacia de la intervención para reducir la conducta sexual de riesgo entre las mujeres con un elevado riesgo de infección por

VIH que asistieron a un consultorio sobre enfermedades de transmisión sexual. El programa incluía educación sobre los riesgos, formación sobre la utilización de los preservativos y la práctica de habilidades de asertividad en las relaciones sexuales, como, por ejemplo, la negociación de la utilización del preservativo. Se comparó este programa con otro programa basado en la educación. La intervención compleja fue la más eficaz. Aunque las mujeres de ambos grupos no redujeron su número de parejas sexuales, las que participaron en la intervención compleja afirmaron que tenían más parejas que utilizaban el preservativo en más ocasiones durante los tres meses posteriores a la intervención. La evidencia que reflejaba los beneficios de incluir incluso un sencillo elemento conductual en la intervención aparece en Weisse, Turbiasz y Whitney (1995). Como parte de un taller sobre SIDA organizado para jóvenes adultos, analizaron cómo reducir el sentimiento de vergüenza al comprar y utilizar preservativos. Durante el taller se pidió a la mitad de los participantes que comprara preservativos en una tienda local. Tras la organización del taller, aunque todos los participantes sabían más sobre cómo prevenir la infección por VIH, sólo los que tomaron parte en el ejercicio conductual afirmaron sentir menos vergüenza que antes cuando compraban preservativos.

Estrategias cognitivas

Las intervenciones analizadas hasta ahora pueden considerarse como intervenciones conductuales en tanto en cuanto intentan influir directamente sobre la conducta. También pueden dar lugar a un cambio cognitivo, aumentando la confianza del individuo en su capacidad de realizar y mantener cualquier tipo de cambio de estilo de vida, etc., pero esto es un efecto indirecto. Por el contrario, las estrategias cognitivas intentan cambiar directamente las cogniciones, en concreto, las que hacen que un individuo muestre determinada conducta que puede ser perjudicial para su salud, o las que impiden que los individuos realicen los cambios necesarios (*véase también* el análisis de los principios del manejo del estrés en el Capítulo 13).

El principio central de la terapia cognitiva es que nuestros pensamientos son centrales para la regulación de la conducta. Influyen sobre nuestros sentimientos, motivaciones y acciones. Las creencias que promueven el abuso o uso de sustancias, por ejemplo, pueden incluir «no puedo asistir a una fiesta sin consumir drogas» o «la bebida me hace ser una persona más sociable», pero la función de estas creencias puede cambiar con el tiempo. Al principio de una historia de uso de drogas pueden predominar las creencias positivas como «será divertido consumir droga». A medida que el individuo empieza a depender de la droga para contrarrestar sentimientos de angustia pueden predominar los pensamientos orientados al alivio: «necesito drogarme para superar los problemas de hoy». Las intervenciones cognitivas pueden resultar beneficiosas cuando estos pensamientos interfieren con cualquier tipo de cambio conductual.

Las creencias que tenemos sobre los acontecimientos que han ocurrido o que ocurrirán en el futuro son *hipotéticas*, algo clave para cualquier intervención. Algunas de estas conjeturas pueden ser correctas; otras serán falsas. En algunos casos, puesto que las creencias inadaptables («necesito un trago de whisky para superar esto») surgen de inmediato, se aceptan como hechos y no se tienen en cuenta otros pensamientos alternativos («bueno, tal vez pueda superarlo sin un trago»). El papel de la terapia cognitiva consiste en enseñar al individuo a considerar que sus creencias son hipótesis, y no hechos, y a buscar formas alternativas de analizar la situación y encontrar distintas respuestas gracias a nuevas formas de pensar («bueno, he superado esta situación antes sin beber. A lo mejor puedo hacerlo otra vez»). Se puede lograr este cambio cognitivo mediante diversos procesos. En terapia, el terapeuta puede involucrar al individuo en lo que Beck (1979) denominó un **diálogo socrático** o descubrimiento guiado, por el que el terapeuta identifica y pone en duda las creencias sobre determinadas cuestiones. Se utiliza para ayudar al individuo a identificar patrones de pensamiento distorsionado que están contribuyendo a sus problemas. Anima al individuo a considerar y evaluar distintas fuentes de información que proporcionan pruebas sobre la realidad o irrealidad de las creencias que tiene. Una vez que el individuo puede hacerlo en una sesión de terapia, se le puede enseñar a identificar y poner en duda estos pensamientos automáticos en el mundo real y a sustituir los pensamientos que llevan a una conducta inadecuada con aquellos que conducen a una conducta más adecuada. Un ejemplo de su aplicación aparece en un fragmento de una sesión adaptado por Beck, Wight, Newman *et al.* (1993) utilizando una técnica conocida como la *técnica de la flecha hacia abajo*, diseñada para poner en duda el núcleo mismo de las creencias de un individuo, en este caso, sobre su consumo de alcohol:

Diálogo socrático
Exploración de las creencias del individuo, animándolo a cuestionar su validez.

Terapeuta: Cree realmente que necesita «relajarse» con el alcohol cuando va a una fiesta. ¿Qué es lo que le preocupa sobre estar sobrio?

John: No me lo pasaría muy bien y yo no sería una buena compañía.

Terapeuta: ¿Cuáles serían las consecuencias?

John: Bueno, la gente no hablaría conmigo.

Terapeuta: ¿Y qué consecuencias tendría eso?

John: Necesito gustar a la gente. Mi trabajo depende de ello. Si no puedo entretener a la gente en una fiesta, no valgo para mi trabajo.

Terapeuta: Entonces, ¿qué pasaría si eso fuera realmente así?

John: Bueno, supongo que ¡perdería mi trabajo!

Terapeuta: Así pues, ¿perdería su trabajo porque no se emborrachó en una fiesta?

John: Hombre, puesto así, tal vez estaba exagerando un poco.

Aquí, la técnica de la flecha hacia abajo se ha utilizado tanto para identificar algunas de las creencias centrales del cliente como para hacer que reconsidere la exactitud de esas creencias.

Una segunda estrategia consiste en asignar tareas para hacer en casa que ponen en duda directamente cualquier creencia cognitiva inadecuada

que pueda tener el individuo. Un ejemplo puede ser si una persona cree que no puede ir a una fiesta sin beber, y se le puede asignar la tarea de tratar de hacerlo. Evidentemente, estos retos deberían ser realistas. Si una persona intenta realizar una tarea que es demasiado difícil y no consigue llevarla a cabo, podría mantener o incluso reforzar sus creencias anteriores. Por tanto, es necesario elegir estas tareas con mucho cuidado y lograr un acuerdo mutuo entre el individuo y el terapeuta. Sin embargo, el éxito en estas tareas puede dar lugar a cambios de conducta y cognitivos a largo plazo.

Las complejidades de la terapia cognitiva implican que se utiliza con poca frecuencia en el marco de la prevención, aunque es una de las técnicas de elección en muchos problemas psicológicos (véase Bennett, 2003) y se utiliza con más frecuencia con individuos que ya han desarrollado problemas de salud (véase el Capítulo 17). Sin embargo, puede ser una forma de terapia útil cuando los individuos que tienen una conducta difícil de cambiar, como la adicción al alcohol o a otras drogas que pueden tener consecuencias negativas para la salud. En estos casos, ha demostrado ser una intervención eficaz, aunque no está claro si es más eficaz que otras alternativas. Balldin, Berglund, Borg *et al.* (2003) han concluido que es mejor que la terapia de apoyo. Sin embargo, puede que no sea más eficaz que otras intervenciones activas. Tal vez el mejor ejemplo sean los resultados del proyecto MATCH (Project MATCH Research Group, 1998). Este amplio estudio comparaba tres enfoques de tratamiento con 1.500 bebedores problemáticos estadounidenses:

Alcohólicos Anónimos

Una organización de autoayuda de ámbito mundial para individuos con problemas relacionados con el alcohol. Parte de la creencia de que el alcoholismo es una enfermedad física, psicológica y espiritual que se puede controlar mediante la abstinencia. Los doce pasos proporcionan un marco para lograrlo.

- programa de 12 pasos (basado en el sistema de **Alcohólicos Anónimos** y que requiere la abstinencia total);
- una combinación de técnicas cognitivas y conductuales;
- terapia de aumento de la motivación (parecida, pero no igual a la entrevista motivacional).

Al final del tratamiento, el 41 por ciento de los individuos que recibieron la terapia cognitivo conductual, y el mismo porcentaje del programa de 12 pasos, eran abstemios o bebían con moderación, mientras que el 28 por ciento del grupo de terapia de aumento de la motivación alcanzaba el mismo criterio. Sin embargo, en los seguimientos a uno y tres años, había pocas diferencias entre los tres grupos.

Otros programas se han centrado en enseñar habilidades interpersonales y de asertividad para ayudar a los participantes a superar más eficazmente las situaciones de estrés, a rechazar una bebida, etc. En los programas de **prevención de recaídas** se identifican las situaciones de alto riesgo, y el individuo desarrolla y ensaya estrategias concretas para ayudarle a superar las situaciones si surgieran. Las estrategias pueden incluir estrategias concretas para poner en duda las creencias adictivas y superar las sensaciones de necesidad de beber. Las recaídas están relacionadas frecuentemente con problemas conyugales y se previenen con una fuerte cohesión conyugal. Por ello, algunos programas incluyen a la pareja del bebedor problemático siempre que sea posible. Por ejemplo, O'Farrell y Fals-Stewart (2000) describían una intervención que pretendía aumentar las habilidades de comunicación y resolución de problemas de parejas, en vez de única-

Prevención de recaídas

Un conjunto de habilidades que se enseñan a individuos que necesitan lograr cambios de conducta a largo plazo y les preparan para resistir a la tentación y minimizar el impacto de una posible recaída, si se produjese. Se suele utilizar con individuos que consumen drogas.

mente del individuo. Tanto el bebedor problemático como su pareja aprendían estrategias para reducir el consumo, incluyendo el cambio de la conducta de la pareja que podía asociarse al consumo de alcohol, encontrando nuevas formas de discutir el problema de la bebida y las situaciones relacionadas con el mismo, y nuevas respuestas al problema de alcohol de su pareja (véase Longabough y Morgenstern, 1999).

Resumen

Este capítulo ha revisado dos grandes conjuntos de problemas. Primero, ha analizado las repercusiones de los programas que intentan identificar los factores de riesgo de contraer enfermedades o, en el caso de las mamografías, de identificar enfermedades en una etapa suficientemente temprana como para poder ser tratadas antes de que constituyan una amenaza para la vida. En segundo lugar, ha analizado una serie de métodos para motivar y ayudar a los individuos que tienen un riesgo de contraer una enfermedad a cambiar cualquier conducta comprometedora de la salud.

La primera sección ha analizado tres tipos de programas de detección:

1. Detección del riesgo genético de contraer una enfermedad.
2. Detección temprana de una enfermedad o de sus precursores.
3. Detección de la conducta que hace que un individuo corra el riesgo de contraer una enfermedad.

Cada uno de estos enfoques puede ser particularmente estresante, aunque la mayoría de los individuos que se someten a estos programas de detección precoz se benefician emocionalmente por ello.

Uno de los resultados de la detección precoz es que se puede pedir a un individuo que cambie cualquier conducta de salud que supone un posible riesgo de contraer determinada enfermedad. Se han analizado diversos enfoques de cambio conductual que puede utilizar el profesional de la atención sanitaria para trabajar de manera individual con el paciente, y cada uno de estos enfoques alcanzará su máxima eficacia en función de los distintos niveles de motivación o capacidad de cambiar. Los enfoques analizados han sido:

- *Entrevista motivacional*: proceso para aumentar la motivación cuando los individuos no están pensando en cambiar o no tienen una fuerte motivación para considerar la posibilidad de cambiar.
- *Asesoramiento centrado en los problemas*: un enfoque estructurado para identificar las causas de los problemas, o los elementos que impiden el cambio, identificar nuevas metas y desarrollar estrategias para alcanzarlas. Funciona mejor con individuos que están motivados para resolver problemas concretos.
- *Modelado y ensayo de conducta*: puede tanto aumentar la creencia de que el individuo tiene la capacidad de lograr el cambio (autoeficacia) como la posibilidad de proporcionarle las habilidades necesarias para lograrlo.

- *Enfoques cognitivo conductuales*: abordan cogniciones que pueden impedir que el individuo se esfuerce en cambiar, y ofrece un enfoque estructurado para lograr el cambio.

Se puede utilizar cada uno de estos diversos enfoques de forma conjunta o independiente en función del carácter y la magnitud de los problemas que tiene el individuo.

Lecturas recomendadas

Broadstock, M., Michie, S. y Marteau, T. (2000). Psychological consequences of predictive genetic testing: a systematic review. *European Journal of Human Genetics*, 8: 731-738.

Una revisión cualitativa de las consecuencias psicológicas de someterse a pruebas para detectar problemas genéticos.

Egan, G. (2001). *The Skilled Helper: A Problem-Management and Opportunity Development Approach to Helping*. Wadsworth.

Un texto fundamental del asesoramiento centrado en los problemas.

Miller, W. y Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. Nueva York: Guilford Press.

Una guía de la entrevista motivacional redactada por sus creadores.

Weinstein, N. D., Rothman, A. J. y Sutton, S. R. (1998). Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17: 290-299.

Una buena crítica de las teorías de las etapas del cambio por algunos de sus principales críticos.

Aproximaciones a la salud pública basadas en la población

CAPÍTULO

7

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- Las ventajas y limitaciones de la utilización de los medios de comunicación.
- El modelo de Probabilidad de Elaboración de la Persuasión y su utilización en campañas mediáticas.
- Cómo se pueden transmitir nuevas ideas, incluyendo las relativas a la salud, al conjunto de la población.
- Cómo se puede utilizar el entorno para influir sobre las conductas relacionadas con la salud.
- Los resultados de las intervenciones centradas en la salud sexual y coronaria del conjunto de la población.
- Qué caracteriza la eficacia de las intervenciones dirigidas a poblaciones más específicas: las iniciativas de promoción de la salud en el entorno laboral y educativo.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

En el último capítulo hemos analizado cómo se puede influir sobre la conducta relacionada con la salud a través de intervenciones individuales. Aunque pueden ser eficaces, ningún gobierno ni organismo relacionado con la salud pública tiene los recursos necesarios para intervenir a título individual con todos los individuos de la población, ni tampoco querrían los individuos integrantes de la población participar en cualquier tipo de acciones de esta naturaleza. Así pues, los intentos de influir sobre la conducta de salud de grandes grupos de personas, o de poblaciones enteras, requieren necesariamente otras aproximaciones. Tal vez el medio más evidente que utilizan los promotores de la salud para intentar influir sobre nuestra conducta es recurriendo a campañas mediáticas. Sin embargo, hay una serie de caminos potenciales distintos para influir sobre nuestra conducta, incluyendo influencias económicas y del entorno. Este capítulo analiza las ventajas e inconvenientes de los medios de comunicación de masas para promocionar la salud antes de analizar algunas de las otras estrategias que se han usado. Analizamos la efectividad en influir sobre la conducta que tienen los factores ambientales del entorno en el entorno laboral y educativo, y el recurso a la educación entre iguales. Se analizan las teorías relacionadas con cada uno de estos enfoques, así como la eficacia de las intervenciones basadas en los mismos.

Promocionando la salud de la población

En el capítulo anterior hemos analizado una serie de intervenciones de uno a uno o en pequeños grupos que se han utilizado para cambiar la conducta relacionada con la salud. Por lo general, estas intervenciones han resultado ser razonablemente efectivas, así que desde el punto de vista de su efectividad absoluta se podrían considerar, en términos generales, como «algo bueno». Sin embargo, resulta caro proporcionar este tipo de intervenciones para lograr el cambio de un número relativamente reducido de individuos. Por tanto, desde una perspectiva de coste-efectividad, tal vez no sean muy impresionantes. Asimismo, es poco factible llevarlas a cabo a grandes escalas. Por todo ello, se ha ido analizando un conjunto paralelo de teorías y de estudios sobre cómo cambiar la conducta de grandes grupos de individuos. Los enfoques centrados en el conjunto de la población serán probablemente menos eficaces para lograr el cambio de una persona en particular que las intervenciones individuales. No obstante, dado el gran número de individuos a los que se puede llegar a través de este tipo de intervenciones, pueden lograr un cambio significativo en el conjunto de la población. Una intervención individual que lograra, por ejemplo, que cambie el 1 por ciento de los individuos que tomaron parte en la intervención, sería considerada una intervención muy poco eficaz. Una intervención a gran escala, dirigida a cientos de miles, si no millones de individuos, que lograra una tasa de éxito similar podría considerarse muy eficaz, al menos en términos de recursos y costes necesarios para lograr cualquier cambio. Es decir, estas intervenciones tienen el potencial de ser altamente rentables.

Utilización de los medios de comunicación

Tal vez la contribución más evidente de la psicología a las iniciativas de salud pública pueda encontrarse en el diseño e implantación de campañas en los medios de comunicación. Las primeras campañas mediáticas adoptaron un modelo «hipodérmico» del cambio conductual que suponía que había una relación relativamente estable entre los conocimientos, las actitudes y la conducta (algo que sabemos que es, en cierta medida, optimista: véase el Capítulo 5). El planteamiento suponía que si pudiéramos «inyectar» la información adecuada en los receptores, cambiarían sus actitudes y ello, a su vez, influiría directamente sobre su conducta. Este planteamiento, liderado por autores como McGuire (por ejemplo, 1985), sugería que la clave para el éxito era que la información fuera persuasiva y proviniera de fuentes adecuadas. No es fácil definir cada uno de estos elementos. Lo que resulta persuasivo para un individuo puede no serlo para otro. Las buenas fuentes de información pueden ser un «experto», «alguien como usted», un individuo neutro o una persona claramente relacionada con la cuestión, como un médico que ofrece información sanitaria. El ver a una persona afectada por determinada condición, o a alguien que ha logrado un significativo cambio de conducta, puede ser una fuente de información

mucho más potente que una persona neutra o, incluso, que un experto. Es mucho más poderoso ver a un hombre de 34 años explicar que el tabaco le provocó un cáncer de pulmón, por ejemplo, que escuchar a un médico explicar los riesgos de contraer un cáncer de pulmón, cuando el médico no se ha visto afectado a título personal por la condición. Análogamente, Scollay, Doucett, Perry *et al.* (1992) afirman que una conferencia sobre los riesgos del sexo sin protección dada por un individuo VIH-positivo da lugar a un mayor incremento de los conocimientos, menos actitudes arriesgadas e intenciones de conducta más segura que una fuente neutra que da una conferencia ante una audiencia de un colegio.

A pesar de la popularidad de las campañas mediáticas, una cuestión clave es si dan lugar a algún cambio de conducta. No es algo que se pueda dar por sentado, ni tampoco el hecho de que la población diana sea consciente de la campaña. Sorprendentemente, hay muy poca evidencia empírica de que las campañas mediáticas por sí solas tengan un impacto significativo sobre la conducta de salud. Por ejemplo, no hay ninguna evidencia de que alguna de las campañas sobre el tabaco o el VIH/SIDA patrocinadas por el gobierno británico hayan tenido algún tipo de influencia sobre la conducta de salud (por ejemplo, Sherr, 1987), aunque es posible que esto se deba a que el planteamiento utilizado no fue el mejor (*véase* más adelante). Como ejemplo de una campaña aislada sobre la salud, centrada en intentar aumentar el nivel de ejercicio en la comunidad, Wimbush, MacGregor y Fraser (1998) evaluaron el efecto de la realizada en Escocia para promocionar la actividad de andar. Aunque el 70 por ciento de los individuos a los que se preguntó sobre la campaña eran conscientes de su existencia, no tuvo ningún impacto sobre su conducta. Estos resultados limitados han llevado a algunos a afirmar que es mejor utilizar las campañas mediáticas para aumentar la sensibilización sobre los problemas sanitarios en vez de intentar promover un cambio de conducta significativo (Stead, Hastings y Eadie, 2002).

En términos más positivos, los efectos acumulativos de las campañas mediáticas repetidas pueden influir sobre las actitudes y la conducta. Aunque, por ejemplo, las campañas mediáticas individuales sobre «conducción y alcohol» no parecen haber influido sobre las actitudes, existe el supuesto generalizado entre los responsables de la sanidad pública de que han contribuido al desarrollo de actitudes negativas hacia la conducción en estado de embriaguez entre los jóvenes, aunque una minoría significativa sigue bebiendo alcohol y conduciendo, y han tenido menos éxito para cambiar las actitudes de la generación que ya lo hacía (Stevenson, Palamara, Rooke *et al.*, 2001). Esto, combinado con la mayor visibilidad de la actividad policial, puede haber dado lugar a un menor número de conductores en estado de embriaguez durante la última década (Shinar, Schechtman y Compton, 1999). Se podría proponer un argumento similar para toda una serie de conductas, como el tabaquismo y las dietas saludables.

A pesar del efecto limitado de las simples campañas mediáticas, siguen siendo un medio atractivo y frecuentemente utilizado debido a que pueden llegar a un gran número de individuos con relativa facilidad. Los

que adoptan esta estrategia han utilizado una serie de métodos para maximizar su eficacia, incluyendo:

- refinamiento de la comunicación para maximizar su influencia sobre las actitudes;
- utilización de mensajes atemorizantes;
- objetivos de intervención más específicos.

Refinamiento de la comunicación

Hemos señalado anteriormente que se puede influir sobre distintos individuos mediante distintos tipos o fuentes de información, y que también puede que estén más o menos motivados para tener en cuenta cualquier tipo de información que reciban. Analizamos esta cuestión respecto al trabajo con individuos particulares en nuestro análisis del modelo de las etapas del cambio (Prochaska y di Clemente, 1984) en el capítulo anterior. Las campañas mediáticas también pueden adoptar distintos argumentos en función de la etapa de cambio en la que se encuentren los individuos de su población diana. Pueden proporcionar mensajes de motivación, mostrar cómo lograr el cambio e, incluso, animar a los individuos a planificar el cambio. Un método alternativo de refinamiento de la comunicación para aquellos más o menos motivados a analizar la posibilidad de cambiar proviene de un modelo teórico conocido como el modelo de Probabilidad de Elaboración de la Persuasión (ELM), desarrollado por Petty y Cacioppo (1986; véase la Figura 7.1). Este modelo sugiere que no funcionarán los intentos de influir sobre las personas que no están interesadas en una determinada cuestión recurriendo a un argumento racional (ni tampoco tendrán éxito si los argumentos a favor del cambio son débiles). Sólo los individuos que tengan un interés anterior sobre la cuestión es probable que presten atención a este tipo de información y, tal vez, actúen en función de la misma. En su jerga, es más probable que los individuos «procesen centralmente» los mensajes si están «motivados para recibir el argumento» cuando:

- es coherente con sus creencias previas;
- tiene relevancia personal para ellos;
- los receptores tienen la capacidad intelectual de comprender el mensaje.

Este procesamiento implica evaluar los argumentos, valorar las conclusiones e integrarlas en el sistema de creencias existente. Según el modelo de Probabilidad de Elaboración de la Persuasión, cualquier cambio de actitud que se derive de este tipo de procesos deliberados será, probablemente, duradero, y permitirá predecir la conducta. Sin embargo, dado que la promoción de la salud suele estar centrada en individuos que no están interesados por el tema, o que no están motivados para procesar los mensajes, ¿cómo intentamos entonces influir sobre estos individuos? Según el ELM, la influencia aquí es menos fiable, pero sigue siendo posible. El modelo sugiere que se puede conseguir mediante lo que denomina *procesamiento periférico*. Es probable que se produzca cuando los individuos:

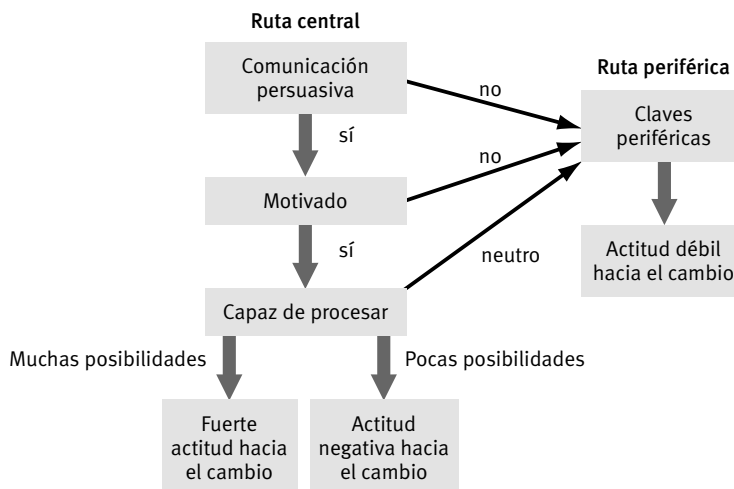


Figura 7.1 El modelo de Probabilidad de Elaboración de la Persuasión de la comunicación persuasiva.

- no tienen motivación para recibir un argumento;
- están poco involucrados en la cuestión;
- tienen creencias incoherentes.

El procesamiento periférico implica maximizar la credibilidad y el atractivo de la fuente o el mensaje utilizando información y claves indirectas. Por ejemplo, los intentos de influir sobre las mujeres de mediana edad para que hagan ejercicio físico pueden incluir un mensaje técnico sobre las mejoras para la salud que pueden conseguir con el ejercicio (la ruta central) pero también pueden incluir imágenes relacionadas con el ejercicio que son atractivas para la población diana, como hacer amigos cuando se hace ejercicio y llevar ropa atractiva en el gimnasio (la ruta periférica). Análogamente, se puede destacar la importancia de un mensaje recurriendo a una persona prestigiosa como un catedrático de medicina presentando la información. Según el ELM, cualquier cambio de actitud promovido por esta ruta de procesamiento será probablemente transitorio y no permitirá predecir la conducta.

Se puede encontrar un buen ejemplo de combinación de la ruta central y la periférica con una fuente creíble en una serie de anuncios de televisión británicos dirigidos a los fumadores. En estos anuncios se muestran personas reales que tienen enfermedades graves relacionadas con el tabaco (se nos informa en el anuncio de que una de estas personas murió poco después de hacer el anuncio) hablando sobre las consecuencias negativas de su tabaquismo. El anuncio era en blanco y negro, y las imágenes mostraban a individuos sentados en una silla en un escenario muy parco. El mensaje era que fumar mata, y las claves periféricas relacionadas con la imagen eran sombrías y lúgubres. ¡No animaba al televidente a empezar a fumar! Por supuesto, un riesgo de esta descripción negativa es que los televidentes lo consideren demasiado deprimente y, sencillamente, se distancien de los anuncios, ya sea mentalmente pensando en otra cosa, o físicamente, cam-

biando de canal o apagando la televisión. Para impedir esto, y para identificar el enfoque más persuasivo, es necesario desarrollar campañas mediáticas que se fundamenten en una teoría psicológica probada e incluir también una verificación previa, analizando los anuncios con la población diana, tal vez recurriendo a grupos de atención, para refinar el producto final.

El modelo de Probabilidad de Elaboración de la Persuasión ha sido objeto de una serie de pruebas experimentales, y la mayoría (por ejemplo, Agostinelli y Grube, 2002) sugiere que la información que incluye claves periféricas cuidadosamente seleccionadas puede facilitar el cambio de actitud en individuos que tienen relativamente poca motivación para centrarse en determinadas cuestiones, o que la combinación del procesamiento central con claves periféricas puede mejorar la eficacia de algunas intervenciones. Por ejemplo, Kirby, Ureda, Rose *et al.* (1998) mostraron a mujeres afroamericanas dos mensajes sanitarios sobre las mamografías que tenían tanto claves centrales como periféricas. Variaron sistemáticamente el número de cada tipo de claves en cuatro mensajes incluidos como anuncios en un programa de debate de televisión. Estos autores encontraron que las mujeres que afirmaban sentirse más involucradas con el problema informaban de unas intenciones más fuertes de someterse a una mamografía que las mujeres con un menor grado de implicación, independientemente de la existencia de argumentos centrales o de claves periféricas. Por el contrario, era más probable que las mujeres que se sentían poco involucradas en el problema refirieran fuertes intenciones de someterse a una mamografía si habían quedado expuestas a un elevado nivel de claves periféricas favorables que en caso contrario. Sin embargo, no está tan claro que estos cambios de actitud den lugar a un cambio de conducta. Drossaert, Boer y Seydel (1996) encontraron de hecho que no es así. De nuevo, en el contexto de intentar aumentar el número de mamografías, hicieron dos versiones de un folleto diseñado para ello. Los principales argumentos eran los mismos en cada folleto, pero en unos folletos había un reducido número de claves periféricas y en los otros había muchas. Las tasas de asistencia a las mamografías de las mujeres expuestas a los distintos folletos enviados con una invitación para someterse a una mamografía no difirieron, lo que sugiere que añadir claves periféricas en los folletos añadía un escaso o nulo beneficio. Tal vez sea ésta la auténtica limitación del ELM y de otros modelos sobre el cambio de actitud. Pueden sugerir medios para maximizar el cambio de actitud, pero habrá otros muchos factores que influirán sobre si el cambio de actitud, o incluso las intenciones de conducta, se traducen en una acción (*véase* el Capítulo 5 para un análisis de la relación entre las actitudes y la conducta).

El recurso al miedo

Una segunda posible forma de aumentar la influencia de la comunicación mediática es recurriendo a mensajes de miedo. Esto ha resultado especialmente popular entre los promotores de la salud y los políticos que financian sus actividades, tal vez porque se ajusta a las creencias implícitas

acerca de su influencia sobre la conducta (Rhodes y Wolitski, 1990). Sin embargo, a pesar de esta popularidad, se ha demostrado que el recurso a un gran número de amenazas es relativamente ineficaz para provocar un cambio de conducta. Se pueden ilustrar los problemas de este planteamiento con los primeros intentos, tanto del gobierno británico como del australiano, para cambiar las prácticas sexuales ante la aparición del VIH/SIDA. Ambos países utilizaron mensajes que recurrían en gran medida al miedo, incluyendo imágenes visuales del tallado de una lápida con la palabra SIDA (en el Reino Unido) y una avenida celestial en la que un «ángel de la muerte» que representaba al VIH segaba la vida de familias y niños (en Australia). Estas imágenes iban acompañadas de portentosos mensajes informando sobre la necesidad de evitar la infección por VIH y de utilizar prácticas sexuales seguras. Ambos anuncios aumentaron la ansiedad sobre el VIH en las audiencias que los vieron, pero no dieron lugar a un incremento de los conocimientos sobre el VIH/SIDA o a ningún cambio apropiado de conducta (Rigby, Brown, Anganostou *et al.*, 1989; Sherr, 1987).

Se puede encontrar una explicación de este efecto en la teoría sobre la motivación protectora (Rogers, 1983; véase el Capítulo 5). Esta teoría sugiere que los individuos reaccionarán a la información de forma adaptativa o no, dependiendo de su valoración tanto de la amenaza *como* de su propia capacidad de minimizar la amenaza (sus juicios de valor sobre su autoeficacia). La teoría sugiere que es más probable que un individuo se comporte de forma adaptativa en respuesta a un mensaje sanitario provocador de miedo si tiene pruebas de que la realización de determinada conducta reducirá cualquier amenaza y que es capaz de realizar esa conducta. Rogers afirmó que los mensajes más persuasivos son, por tanto, los que:

- provocan miedo: el sexo sin protección aumenta el riesgo de contagiarse del VIH;
- aumentan la percepción de gravedad si no se produce ningún cambio: el VIH es una condición grave;
- ponen el énfasis en la capacidad del individuo para prevenir el resultado temido (eficacia): se explica cómo realizar prácticas sexuales más seguras.

Si no se da este tercer paso, cualquier mensaje que induzca el miedo puede, de hecho, inhibir el cambio de conducta. Estos mensajes pueden aumentar la resistencia al mensaje (Franzkowiak, 1987), una negación que afecta al individuo (Soames-Job, 1988), e incluso aumentar la realización de la conducta de riesgo. Por ejemplo, Louria (1988) encontró que los mensajes que provocan miedo aumentaron, de hecho, el consumo de drogas, mientras que Malfetti (1985) informó de que eran contraproducentes en un programa diseñado para reducir la conducción en estado de embriaguez. A pesar de estos resultados provisionales, los mensajes sanitarios suelen poner el énfasis en la vulnerabilidad y la gravedad e ignoran la eficacia. Esto queda ilustrado por un análisis de contenidos en los folletos que promueven la autoexploración de mama realizado por Klyne y Mattson (2000), quienes observaron que dichos folletos incluían normalmente muchas más amenazas que argumentos sobre la eficacia.

Un planteamiento más positivo sobre los mensajes sanitarios es analizar los beneficios que se pueden lograr si el individuo cambia de conducta, con la amenaza implícita de que no se materializarán si se mantiene la conducta sin cambiar. Esta aproximación se conoce como de «*framing*» o «enmarque» del mensaje. Los mensajes sanitarios se pueden enmarcar de forma positiva (destacando los resultados positivos relacionados con la prevención) o negativa (poniendo el énfasis en los resultados negativos derivados de no actuar). Aunque algunos han afirmado que los marcos negativos son más fáciles de recordar (Newhagen y Reeves, 1987) otros han sugerido que los mensajes positivos facilitan el procesamiento de la información. Puede ser especialmente así cuando hay poco tiempo y los individuos no están muy motivados para recibir el mensaje (Isen, 1987). La efectividad de un marco positivo queda ilustrada por un estudio realizado por Detweiler, Bedell, Salovey *et al.* (1999), que analizaron la eficacia relativa de la información factual que, o bien ponía el énfasis en los resultados positivos de utilizar cremas de protección solar, o bien ponía el énfasis en las consecuencias negativas de no utilizarlas. Se midieron las actitudes e intenciones, antes y después de la intervención, y se evaluó la conducta utilizando un cupón para adquirir cremas de protección solar. Los resultados mostraron que, frente a los mensajes que ponían el énfasis en las pérdidas que se provocarían si no se utilizaba la crema de protección solar, los que ponían el énfasis en las ventajas de utilizarla dieron lugar a un número significativamente mayor de solicitudes de crema, intenciones más fuertes de volver a utilizar la crema en la playa, y la utilización de una crema de factor más elevado que en el caso de los mensajes enmarcados negativamente por la amenaza. Por el contrario, Banks, Salovey, Greener *et al.* (1995) intentaron persuadir a las mujeres para someterse a mamografías utilizando, o bien información orientada a los beneficios, o bien información que destacaba los costes de no someterse a una mamografía. A lo largo de un año, las mujeres que vieron los mensajes enmarcados negativamente tenían más probabilidades de someterse a una mamografía que las que vieron los mensajes positivos. Finalmente, Finney e Iannotti (2003) no encontraron ningún efecto del tipo de marco sobre la asistencia a la prueba. En general, estos datos sugieren que no podemos hacer ninguna valoración *a priori* sobre el tipo de marco que afectará a determinada población destacando, de nuevo, la necesidad de poner a prueba cualquier intervención, mediante una intervención piloto, antes de emitirla finalmente al público.

Definición de la población diana

Los primeros intentos de influir sobre la conducta a través de los medios de comunicación se centraban frecuentemente en el conjunto de la población. Ello implicaba que los mensajes recibidos por los miembros de la población eran más o menos relevantes, y que el mensaje tenía que ser lo suficientemente genérico como para tener cierta relevancia potencial para todos los individuos que lo recibiesen. Por consiguiente, los mensajes sani-

tarios estaban frecuentemente tan diluidos que tenían poca relevancia para los que los recibían. Los intentos mediáticos de influir sobre la conducta sexual ilustran esta cuestión. Los primeros planteamientos mediáticos para promocionar un sexo más seguro, como se ha señalado anteriormente, recurrían a mensajes de miedo y todos los individuos recibían el mismo mensaje, independientemente de que fueran personas mayores, viudas y viudos sin actividad sexual, o jóvenes varones homosexuales sexualmente activos con múltiples parejas. El resultado de este planteamiento es que se provocaba miedo innecesariamente a grupos de individuos para los que el VIH/SIDA tenía poca relevancia inmediata, mientras que no se utilizaba el lenguaje ni se daban consejos útiles a los grupos para quienes la información podría ser más relevante. Una forma de hacer que cualquier mensaje mediático sea más eficaz consiste en definir de forma precisa a la población diana. En la actualidad, los mensajes mediáticos sobre la conducta sexual están definidos para una audiencia más cuidadosamente seleccionada y utilizan el lenguaje de sus distintas poblaciones diana, lo que los hace mucho más eficaces (por ejemplo, Dearing, Rogers, Meyer *et al.*, 1996).

Se pueden definir las poblaciones diana en función de distintos factores, incluidos la conducta, la edad, el sexo y el estatus socioeconómico.

También se puede segmentar a las audiencias en función de factores más psicológicos, como su motivación para considerar el cambio. Por ejemplo, la evaluación de un programa de ejercicio en el entorno laboral, referida por Peterson y Aldana (1999), incluía intentos de aumentar la realización de ejercicio entre 527 empleados de una empresa que habían recibido, o bien un mensaje por escrito personalizado en función de su etapa de cambio referida, o bien información general sobre el ejercicio físico. Seis semanas después de recibir el material, los participantes del grupo que habían recibido los mensajes personalizados en función de su etapa del cambio aumentaron su actividad en un 13 por ciento y tenían más probabilidades de pasar a la etapa de contemplación del cambio (así como a la del cambio real) que los que recibieron la información general.

En el de mira

¿Quién utiliza la investigación?

Una de las cuestiones clave en psicología de la salud es cómo relacionar la teoría con la práctica. Se trata de una cuestión particularmente importante ya que hay un número relativamente reducido de psicólogos de la salud que trabajan directamente en la promoción de la salud. Además, gran parte de la investigación publicada por los psicólogos de la salud se encuentra en las revistas especializadas que ellos leen. Cabe preguntarse si dichas revistas las leen otros, como los que trabajan como promotores de salud, y qué parte de lo que leen se traduce en una práctica real.

Este problema fue destacado en un artículo publicado por Abraham, Krahé, Dominic *et al.* (2002), quienes realizaron un análisis de contenidos de los folletos sobre promoción del sexo seguro utilizados en el Reino Unido y Alemania. Primero identificaron el tipo de información que sabemos, por la teoría y/o los datos empíricos, que tiene posibilidades de influir sobre la conducta. Después analizaron la frecuencia con que se presentaba este tipo de información en su muestra de folletos sobre sexo con protección. De las 20 categorías de información que identificaron como que influyen sobre la conducta, sólo la cuarta parte de los folletos utilizaban un texto que hacía referencia a más de 10 tipos de información. Las dos terceras partes de los folletos utilizaban dos o menos categorías de información.

Estos datos ponen de relieve una cuestión clave para la psicología de la salud: ¿cómo influir sobre las personas involucradas en el sistema de atención sanitaria, independientemente de que se dediquen a la prevención o al tratamiento de enfermedades? Sin esta influencia, nuestras investigaciones serán de poco beneficio para los profesionales de la salud y para aquellos que se tratan de cuidar. Así pues, ¿qué pueden hacer los psicólogos de la salud para influir sobre los profesionales de la atención sanitaria, los promotores de la salud, etc.? ¿Debemos sencillamente seguir como hasta ahora? ¿O deberíamos buscar otras formas de influir sobre estas personas importantes?

Difusión de las innovaciones

Muchas personas adoptan nuevas ideas y conductas como resultado indirecto de la publicidad de la mismas en los medios —de la observación de otras personas que han adoptado la innovación (en el caso de la salud pública, que han dejado de fumar, que han cambiado de dieta, etc.—) y de sus reacciones ante ello. Rogers (E. Rogers, 1983) ha sugerido que cualquier idea o conducta nueva que tiene éxito es adoptada de forma secuencial por distintos grupos de la sociedad.

1. *Innovadores*: este pequeño grupo de individuos suelen tener un elevado estatus e interés por las nuevas ideas. Buscan y consiguen ideas de una amplia gama de fuentes y están dispuestos y son capaces de probar las nuevas ideas procedentes de estas fuentes. Este grupo está relativamente aislado de la «corriente principal». Sin embargo, llevan la innovación a un segundo grupo de personas: los primeros adoptantes.
2. *Primeros adoptantes*: este grupo mayor de individuos tienen una esfera de influencia más general que los innovadores. Se les suele describir como líderes de opinión. Los potenciales adoptantes se fijan en este grupo para obtener información sobre la innovación, y sirven de modelo para la población general. La adopción de la innovación por parte de este grupo es crítica para que la adopte el conjunto de la población general.

3. *Primera mayoría*: este grupo adopta ideas razonablemente deprisa, pero no tiene el poder de influencia de los primeros adoptantes.
4. *Última mayoría*: estos individuos adoptan la innovación con relativa rapidez después de la primera mayoría. Son un grupo relativamente cauto y es probable que sólo adopten una innovación cuando ha sido bien probada por los grupos anteriores.
5. *Rezagados*: es el último grupo que adopta la innovación. Este grupo tiende a ser renuente al cambio y a adoptarlo muy tarde, o no adoptarlo nunca.

Los factores que influyen sobre la aceptación de la innovación son:

- Su ventaja sobre la conducta anterior: cuanto mayor sea la ventaja, más probable es que la población adopte la nueva conducta.
- Su compatibilidad con los valores y normas del sistema social en el que se intenta influir: si la innovación es demasiado radical, será rechazada.
- La facilidad de realización: si es demasiado difícil comprender y aplicar la innovación, es menos probable que se adopte que cuando es fácil y sencilla.
- Evidencia de su efectividad: cuanto más se pueda ver su eficacia, más probable es que se adopte. Es posible que se obtengan más resultados anunciando beneficios a corto plazo, como la pérdida de peso, que si se muestran resultados a largo plazo como una vida más larga y sana.

El modelo de difusión tiene una serie de implicaciones para los individuos que trabajan en la promoción de la salud pública. Sugiere una serie de formas de promover cualquier tipo de innovación. También sugiere que cualquier programa de promoción de la salud puede, o bien estar dirigido a, o bien utilizar la influencia de, los líderes de opinión (asunto sobre el que volveremos más adelante en este capítulo).

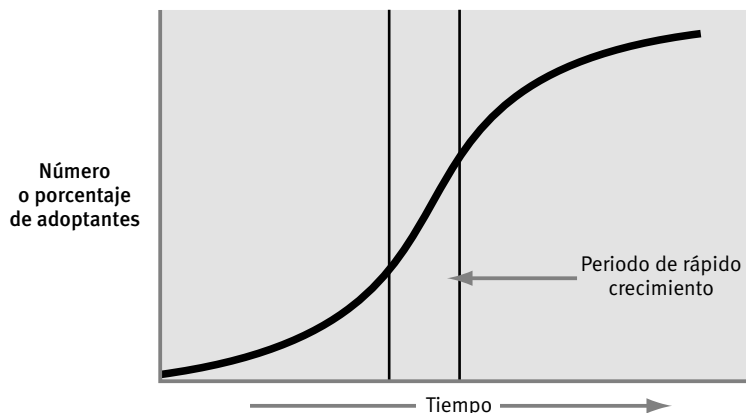


Figura 7.2 La curva de la difusión, con forma de S, que muestra el ritmo de adopción de innovaciones a lo largo del tiempo.

Influencias del entorno sobre la conducta de salud

La conducta, y el cambio conductual, no se producen de forma aislada del entorno en que se producen. El entorno puede contribuir directamente al riesgo de contraer una enfermedad (véase el Capítulo 2). También puede influir indirectamente sobre la salud, influyendo sobre la facilidad con la que se puede emitir una conducta de promoción de la salud o perjudicial para la salud. Por muy ávidas que estén las jóvenes madres solteras por hacer ejercicio, si no tienen a alguien que cuide de su hijo mientras que lo hacen no lo practicarán; no se puede pedir a los individuos que coman de forma sana en el trabajo si no se les ofrecen opciones saludables en la cafetería de la empresa; etc. El modelo de creencias sobre la salud (Becker, Haefner y Maiman, 1977; véase el Capítulo 5) proporciona una sencilla guía sobre los principales factores ambientales sobre los que se puede influir para promover un cambio de conducta. En concreto, el modelo sugiere que un entorno que promueve una conducta saludable debería:

- proporcionar claves para actuar; o eliminar los estímulos que controlan la conducta de riesgo;
- permitir una conducta saludable minimizando los costes y barreras relacionadas con la misma;
- aumentar los costes de tener una conducta perjudicial para la salud.



La próxima sección hace referencia a cuestiones sociales y ambientales que pueden facilitar o inhibir nuestra conducta relacionada con la salud. Antes de analizarlo desde un punto de vista teórico, analice por un momento su propia conducta. ¿Qué partes de su propia vida aumentan la probabilidad de que usted se comporte de forma saludable? ¿Qué factores lo impedirían? ¿Tiene un acceso fácil a instalaciones de deporte u ocio? Si quisiera hacerlo, ¿se sentiría seguro montando en bicicleta o paseando en la zona en la que vive? ¿Ofrece su localidad un acceso fácil a tiendas de buena calidad, o necesita un autobús o un automóvil? ¿Limita esto su acceso (o el de otras personas) a alimentos saludables? ¿Y qué hay de las personas con menos recursos que usted, o con menos tiempo, como por ejemplo madres solteras con rentas bajas? ¿Cómo influye el entorno sobre sus decisiones de salud?

Claves para la acción

Gran parte de nuestra conducta es rutina, basada en el hábito. Por tanto, pocas veces pensamos en cambiarla. Una estrategia para promover el cambio podría, por tanto, consistir sencillamente en interrumpir la secuencia de conductas habituales, permitiendo o incluso forzando el análisis de la posibilidad de comportarse de otra manera. Por ejemplo, Hunt y Martin (1988) defienden que se cambie la ubicación de los alimentos más o menos saludables en los estantes de los supermercados para romper con los patrones rutinarios de poner en el carrito de la compra los alimentos habituales

y animar a hacer una elección activa de los alimentos. Los supermercados ya lo hacen, para promover la compra de sus ofertas especiales, etc.; Hunt y Martin sugieren que se utilicen tácticas análogas para promover el consumo de alimentos saludables.

Las claves para la acción, estímulos que nos recuerdan que tengamos una conducta saludable, o que cambiemos nuestra conducta de riesgo, también pueden recordar a los individuos la necesidad de cambiar su conducta. Hay dos áreas clave en las que se han utilizado, como las advertencias sanitarias en los paquetes de tabaco y la información nutricional en los alimentos. Estos planteamientos pueden ser beneficiosos en cierta medida, aunque la evidencia sugiere que refuerzan conductas existentes más que promover la posibilidad de cambiar de conducta. Parte de esta falta de efecto puede deberse a una mala comprensión de las cuestiones planteadas y/o a la escasa visibilidad de estas claves. Tanto Glanz, Lankenau, Foerster *et al.* (1995) como Levy, Patterson, Kristal *et al.* (2000), por ejemplo, encontraron que muchos individuos del público en general y, sobre todo, los que tienen rentas bajas, no comprendían la información nutricional en los paquetes de alimentos. Las advertencias sanitarias en los paquetes de tabaco también son ineficaces para cambiar la conducta de los fumadores actuales, aunque pueden prevenir el inicio del hábito (Richards, Fisher y Conner, 1989).

Resulta interesante que el diseño de los anuncios pueda, de hecho, desanimar a que se vean las advertencias sanitarias en los anuncios de tabaco: la clara delimitación entre la imagen que atrae la atención y la advertencia que no está integrada en la imagen puede inhibir la lectura de la advertencia. Por tanto, se podría aumentar la efectividad si se aumentara la saliencia de estas claves. Borland (1997) ha evaluado el efecto de la introducción de advertencias sanitarias más grandes y más claras en los paquetes de cigarrillos en Australia comparando las respuestas autoinformadas por los individuos a las advertencias sanitarias en dos encuestas entre las que se introdujeron las nuevas advertencias. Antes de que se iniciaran los cambios, el 37 por ciento de los encuestados afirmaban haber reparado en la advertencia. Tras aumentar su tamaño, el 66 por ciento de los encuestados afirmó haber visto dicha advertencia. La cifra correspondiente sobre no fumar por haber visto la advertencia aumentó del 7 al 14 por ciento.

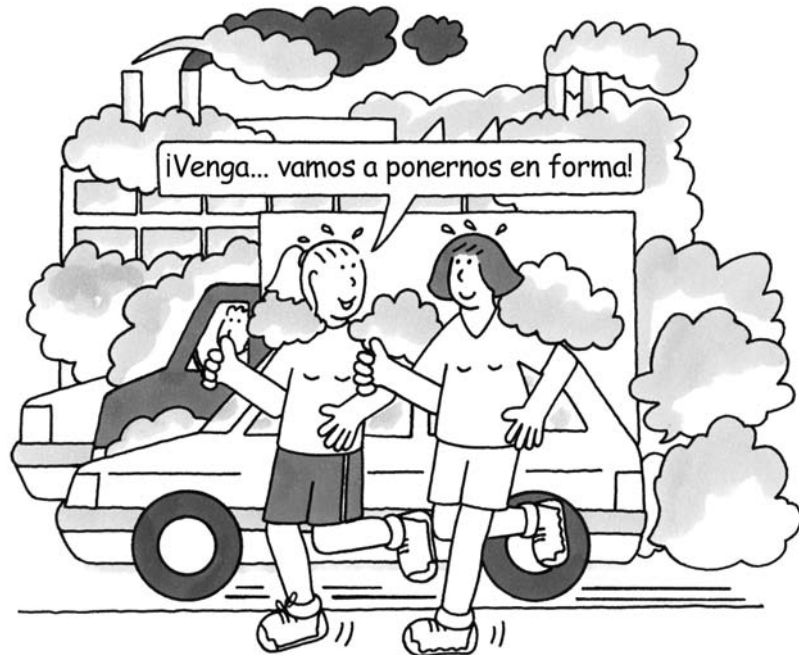
Las claves ambientales no sólo pueden actuar como elicitadoras para manifestar una conducta saludable, sino que también pueden actuar como elicitadoras de una conducta de riesgo. Por ello, los profesionales de la sanidad pública se esfuerzan en limitar y legislar en contra de cosas como la publicidad del tabaco y el alcohol y que se muestren conductas malsanas en los medios. Estos esfuerzos pueden haber tenido ciertos beneficios. Por ejemplo, Smee, Parsonage, Anderson *et al.* (1992) informaron de que los niveles de tabaquismo cayeron entre un 4 y un 16 por ciento en diversos países tras la prohibición de los anuncios del tabaco. Teniendo presentes estos datos, el gobierno británico prohibió la publicidad en televisión en 1965, y prohibió totalmente la publicidad del tabaco a partir de 2003.

Sin embargo, la publicidad no es la única influencia mediática sobre las actitudes respecto a la conducta de salud. Por ejemplo, MacFadyen, Amos, Hastings *et al.* (2002) encontraron que los estudiantes británicos consideran que las imágenes que se publican en las revistas entre las que aparecen

fumadores muestran a los fumadores como personajes atractivos, sociables y reconfortantes. Estas asociaciones afirmaban y reforzaban los aspectos positivos del consumo de tabaco entre los fumadores que las veían. Igualmente, Smith, Roberts y Pendleton (1988) encontraron que el 80 por ciento de los programas populares de televisión hacían referencias verbales o visuales al alcohol y lo mostraban como una estrategia aceptable para superar los problemas personales. Evidentemente, el Estado no debería controlar el contenido de las imágenes en los medios o el contenido de los programas de televisión. No obstante, la influencia potencial de estas imágenes ha llevado a algunos responsables de la promoción de la salud a trabajar con los productores de los programas de televisión para reducir la imagen excesivamente positiva del consumo de alcohol en algunas series de televisión estadounidenses (DeFoe y Breed, 1989).

Minimización de los costes de la conducta saludable

El entorno en el que vivimos puede, o bien facilitar o bien inhibir nuestro grado de implicación en una conducta relacionada con la salud. Una mala iluminación en las calles, calzadas atascadas y altos niveles de polución pueden inhibir que algunas personas que viven en las ciudades hagan ejercicio físico, como correr o montar en bicicleta; el hecho de que las tiendas que venden alimentos saludables estén muy lejos de las zonas residenciales puede provocar que se acuda más a las tiendas de barrio que venden alimentos menos saludables, etc. Lograr que el entorno sea seguro y respalde la realización de actividades saludables constituye un reto para los planificadores urbanos y los gobiernos municipales. El entorno debería promover la seguridad, ofrecer oportunidades para la integración social y dar a la población el control de aspectos clave de sus vidas.



Hay una serie de proyectos, bajo la categoría de «Movimiento de Ciudades Saludables» (Organización Mundial de la Salud, 1988), que han intentado diseñar entornos urbanos de forma que se promueva la salud física y mental de sus ciudadanos. Para pertenecer al movimiento, los ayuntamientos han tenido que desarrollar un perfil de ciudad sana e involucrar a grupos de comunidades y ciudadanos. Las prioridades de la acción incluían intentos de reducir las desigualdades en salud debidas a factores socioeconómicos (*véase* el Capítulo 2), el control del tráfico, el control del tabaco y la atención a los mayores y a las personas con problemas de salud mental (Kickbusch, 2003). Por desgracia, ha resultado difícil traducir este conjunto de estrategias relativamente generales en acciones mensurables y concretas. No obstante, cuando se han aplicado los principios del movimiento para tener ciudades saludables, parece que se ha podido influir sobre la conducta de salud. Por ejemplo, Sharpe, Granner, Hutto *et al.* (2004) encontraron que los niveles de ejercicio moderado o vigoroso eran mayores entre la población general cuando había una buena iluminación en las calles, lugares seguros para correr o andar, aceras bien conservadas y un fácil acceso a instalaciones deportivas que cuando éstos no existían.

Estudios más específicos han mostrado que las manipulaciones del entorno que intentan minimizar los costes de hacer ejercicio físico pueden provocar un cambio significativo. Por ejemplo, Linegar, Chesson y Nice (1991) aprovecharon la comunidad cerrada de una base naval para manipular tanto el entorno físico como el organizacional. Crearon carriles para bicicletas, proporcionaron equipos para hacer ejercicio físico, y organizaron clubes de ejercicio y competiciones dentro de la base. Además, dieron a los trabajadores «tiempo libre» cuando hacían ejercicio físico. Tal vez no sea sorprendente pues que esta combinación de intervenciones diera lugar a un significativo aumento del ejercicio físico, incluso entre las personas que antes no lo realizaban. No es frecuente poder aplicar esta combinación de intervenciones, pero los resultados demuestran lo que es posible cuando se tiene la libertad de manipular una amplia gama de factores del entorno. Wen, Thomas, Jones *et al.* (2002) informan sobre un programa más «factible» diseñado para aumentar el ejercicio físico de las mujeres en un suburbio de Sydney. Trataron de llegar a las mujeres de edades comprendidas entre los 20 y los 50 años a través de una campaña de publicidad y mediante el incremento de las oportunidades para realizar ejercicio físico. Su programa incluía la celebración de eventos consistentes en caminatas por la comunidad, la promoción de grupos de paseo y clases de ejercicio físico y la difusión del programa en los medios de comunicación. Los materiales de apoyo de la campaña incluían mapas para pegar en la nevera y camisetas, combinadas con boletines de noticias y planos de los paseos para publicitar el programa. Desde el punto de vista político, se invitó a los concejales a participar en el proyecto para aumentar el perfil del mismo entre estos representantes políticos y garantizar que el programa se ajustaba a los planes medioambientales y sociales del ayuntamiento. Las encuestas por teléfono, realizadas antes y después de la realización del proyecto, indicaron una reducción del 6,4 por ciento de la proporción de

mujeres sedentarias en la población local, así como un mayor compromiso con la promoción del ejercicio físico por parte del ayuntamiento.

Otra área en la que se han tenido en cuenta especialmente los costes de la conducta saludable es la de los programas de intercambio de agujas para impedir la transmisión del VIH y la hepatitis entre los usuarios de drogas de administración intravenosa. Estos programas minimizan el coste de utilizar agujas estériles distribuyéndolas de forma gratuita y evitando el riesgo de ser detenidos, lo que ha dado lugar a que muchos drogodependientes compartan las agujas, a menudo con muchas personas y en muchas ocasiones. Los programas de intercambio de agujas cambian las agujas viejas por otras nuevas, y evitan la necesidad de compartir jeringuillas, reduciendo el riesgo de contagio de diversos virus de transmisión sanguínea, incluyendo el VIH y la hepatitis. Los estudios longitudinales suelen sugerir que, cuando no se pueden obtener jeringuillas de forma legal en otra parte, los programas de intercambio de agujas son efectivos para reducir la utilización de agujas compartidas (Gibson, Flynn y Perales, 2001). Dicho esto, un importante estudio publicado desde la revisión de Gibson y cols. (Taylor, Goldberg, Hutchinson *et al.*, 2001) mostró una reducción de la utilización de jeringuillas compartidas entre 1990 y 1992 en Escocia tras la introducción de una estrategia de intercambio de agujas. Sin embargo, se encontró un aumento paulatino de las jeringuillas compartidas en los años siguientes a pesar de la continuación del programa. Estos cambios reflejan algunas de las modificaciones de la conducta de riesgo en otras poblaciones con riesgo de contagio de VIH en los que los cambios iniciales hacia la conducta más segura han disminuido y ha regresado la conducta más arriesgada con el transcurso del tiempo (por ejemplo, Dodds, Mercey, Parry *et al.*, 2004). Las razones no están claras, pero podrían tener relación con la escasa visibilidad dada a la sensibilización sobre el VIH/SIDA en el Reino Unido y al incremento (injustificado) de la creencia de que el SIDA tiene «cura».

Incrementando los costes de la conducta perjudicial para la salud

Si se dificulta de alguna manera la conducta de riesgo (a menudo a través del precio) se puede crear una barrera a esa conducta y facilitar la conducta saludable. Las medidas económicas relacionadas con la salud pública han estado confinadas en gran medida a los impuestos sobre el tabaco y el alcohol. El precio del alcohol afecta a su consumo (UK Central Statistics Office, 1980), sobre todo en lo que respecta a vinos y licores: el consumo de cerveza puede ser menos sensible al precio (Godfrey, 1990). Estos efectos pueden darse no sólo para el bebedor «sensato», sino también para los que tienen problemas con el alcohol (Sales *et al.*, 1989). El incremento de los impuestos sobre el tabaco también puede ser la medida más eficaz para reducir el consumo de cigarrillos, con una reducción estimada del consumo del 4 por ciento por cada incremento del precio del 10 por ciento (Brownson, Koffman, Novotny *et al.*, 1995).

Para mostrar la magnitud de este efecto, Hu, Sung y Keeler (1995) han comparado la probable efectividad relativa de los impuestos y las campa-

ñas mediáticas sobre el consumo de tabaco en California. Estimaron que un incremento del impuesto del 25 por ciento daría lugar a una reducción de las ventas de 819 millones de paquetes de cigarrillos, frente a 232 millones de paquetes gracias a la influencia de los medios. Parece que los impuestos son particularmente eficaces como elemento desalentador entre los jóvenes, que tienen tres veces más probabilidades de verse afectados por un incremento de los precios que los adultos más mayores (Lewit, Coates y Grossman, 1981). Sin embargo, ahora hay que interpretar estos resultados frente a los intentos de evitar estos costes. Por ejemplo, en el Reino Unido, el mayor nivel de contrabando de alcohol y tabaco proveniente del continente (donde los impuestos son muy inferiores) compite contra el mayor precio en las tiendas legales.

Aunque algunos pueden considerar que la prohibición es una barrera necesaria, otros abogan por barreras más modestas. Por ejemplo, Godfrey (1990) ha sugerido que se limite el número de comercios que venden drogas como el alcohol. Esto daría lugar a mayores «costes» de transacción ya que los individuos tendrían que desplazarse más lejos y hacer más esfuerzos para comprar alcohol, y reduciría las claves estimuladoras al consumo existentes en la publicidad de los escaparates y en otras señales de las tiendas.

Una forma de control más directo del tabaco ha sido la introducción de áreas libres de humos en el trabajo y en otros entornos sociales. Estas áreas reducen claramente el consumo de tabaco en lugares públicos, aunque no está claro si hace que la gente deje de fumar o simplemente que se vaya a fumar a las áreas designadas. Por ejemplo, Heloma y Jaakalo (2003) han concluido que los niveles de inhalación de los fumadores pasivos disminuyeron, mientras que la tasa de prevalencia del tabaquismo en el trabajo sólo disminuyó del 30 al 25 por ciento tras la entrada en vigor de la ley nacional sobre entornos laborales libres de humos. Los restaurantes y bares han mostrado cierta preocupación por la posibilidad de que la prohibición del tabaco reduzca sus beneficios. En contra de esa preocupación, los Centres for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2004) no encontraron ninguna disminución de los beneficios o del consumo en ningún bar o restaurante como resultado de la prohibición de fumar en todos los lugares públicos y sociales, incluyendo restaurantes y bares, que se implantó en El Paso, Texas. El incumplimiento de la prohibición daría lugar a una multa de 5.000 dólares. Sin embargo, muchos países, incluyendo el Reino Unido, no han implantado estas medidas¹ a pesar de que las autoridades médicas lo defienden (Gulland, 2002), y la Unión Europea afirmó en 2004 que no tenía ninguna intención de introducir ninguna prohibición del tabaco en el trabajo (Houston, 2004).

¹ *N. de los R.*: en España, la ley introdujo la prohibición de fumar en los lugares de trabajo y la necesidad de habilitar espacios para fumadores en aquellos bares y restaurantes con una superficie de más de 100 m². Sin embargo, los locales de menor superficie estaban autorizados a optar ellos mismos por determinar si se constituían en espacios libres de humo o no. El resultado ha sido que aproximadamente el 90% de los locales se han mantenido como espacio para fumadores.

Programas de promoción de la salud

Hasta ahora nos hemos fijado en algunas aproximaciones generales para cambiar la conducta en amplias poblaciones, y en algunos de los principios subyacentes a esas aproximaciones. En los siguientes apartados de este capítulo se va a analizar cómo se han utilizado esas aproximaciones, y otras, en los programas de promoción de la salud dirigidos a poblaciones generales y a poblaciones diana más específicas. La mayoría de estos programas se ha centrado en las conductas relacionadas con las enfermedades cardiovasculares, de infección por VIH, y las causas de cáncer, como el tabaquismo y una mala nutrición. En el siguiente apartado vamos a analizar una serie de poblaciones diana diferentes, las aproximaciones que se han utilizado para cambiar su conducta, los modelos teóricos que han guiado estas intervenciones, y su eficacia.

Atención a las enfermedades coronarias

Algunos de los primeros programas de promoción de la salud dirigidos a la población adulta de ciudades enteras intentaban reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo para contraer enfermedades cardiovasculares (fumar, realizar poco ejercicio físico, consumir elevadas proporciones de grasa y padecer elevada presión arterial) en toda la población adulta. El primero de estos programas, conocido como el proyecto Stanford Three Towns (Farquhar, Maccoby y Wood, 1977), proporcionaba a tres ciudades de California tres grados de intervención.

En la primera ciudad no se realizó ninguna intervención. La segunda recibió una campaña mediática de un año de duración centrada en las conductas relacionadas con las enfermedades cardiovasculares. Aunque la campaña mediática precedió en unos años al modelo de las etapas del cambio (Prochaska y Di Clemente, 1984; véase el Capítulo 6), éste venía a seguir un esquema muy parecido al que sugiere ese modelo. Empezaba alertando a los individuos sobre la necesidad de cambiar su conducta (lo que en sí constituía un modelo relativamente novedoso a principios de la década de 1970). Después había una serie de programas que mostraban *cómo* cambiaban de conducta los individuos; por ejemplo, exhibiendo una película sobre individuos que asisten a un grupo de ayuda para dejar de fumar o mostrando habilidades culinarias. A continuación se mostraban más espacios que recordaban a los individuos que mantuvieran cualquier cambio de conducta que hubieran logrado y mostraban imágenes de personas disfrutando de las ventajas de haber cambiado de conducta, como una familia disfrutando de un picnic saludable. Estas dos últimas fases se basaban en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977; véase el Capítulo 6) y estaban diseñadas para enseñar habilidades y aumentar la confianza de los receptores en su capacidad de cambiar y de mantener el cambio de su propia conducta. En la tercera ciudad se ofreció a un grupo de individuos con un riesgo particularmente elevado de padecer una enfermedad cardiovascular, y a sus parejas, sesiones de educación individuales sobre

cambio de conductas de riesgo, y se les pidió que divulgaran su conocimiento en sus redes sociales. Se utilizó esta estrategia para lograr otro canal de divulgación de la información —a través de esos individuos a los que se les asignaba un papel de líderes de opinión—, y para aumentar la motivación tanto de los individuos con un alto riesgo como de la población en general.

Por tanto, hubo tres niveles de intervención, y se esperaba que cada uno tuviera un incremento creciente de la eficacia (*véase* la Tabla 7.1). Los resultados vinieron a confirmar lo esperado. Al final del programa de un año de duración, la puntuación de un indicador del riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares, basado en factores como la presión arterial, el consumo de tabaco y los niveles de colesterol, indicaba que el riesgo medio entre la población en general aumentó, de hecho, en la ciudad de control, mientras que disminuyó significativamente entre la población general que recibió sólo la campaña mediática y aún más entre los que vivían en la ciudad que recibió la intervención combinada. Trascurrido otro año más, el riesgo en las ciudades con intervención seguía siendo significativamente inferior que en la ciudad de control, aunque la puntuación del indicador de riesgo en la ciudad que sólo había recibido la campaña mediática había seguido mejorando, no había diferencias entre las dos ciudades con intervención (Farquhar, Fortmann, Flora *et al.*, 1990a).

Tabla 7.1 Los tres niveles de intervención del proyecto Stanford Three Towns

Aproximación	Qué implicaba	Efecto esperado
Actividad continua de promoción de la salud	Ciudad «control» con intervención mínima	+/-
Campaña mediática de un año de duración	Fase 1: Alertar a la población de la necesidad de cambiar Fase 2: Modelizar el cambio Fase 3: Modelizar la continuación del cambio	+
Campaña mediática + intervención con individuos de alto riesgo	Medios como influencia combinada con la divulgación de los conocimientos de expertos no profesionales	++

El equivalente europeo de este programa se realizó en Carelia del Norte en Finlandia (Puska, Tuomilehto, Nissinen *et al.*, 1985). Este programa a cinco años difería ligeramente del planteamiento aplicado en Stanford dado que, además de la intervención a través de los medios, también actuaba sobre factores del entorno, animando a los carniceros y fabricantes de productos cárnicos locales a promocionar los productos con bajo contenido en grasa, promoviendo restaurantes «sin humos», etc. Se consideró, en términos generales, como un éxito, con reducciones de una serie de factores de riesgo, incluyendo la presión arterial, los niveles de colesterol y el consumo de tabaco entre los varones. Sin embargo, su artículo final reflejaba que estas reducciones de los factores de riesgo no eran consistentemente mejores que los de un área de control que no recibió ninguna intervención y con la que se comparó el efecto de la anterior.

Por desgracia, esta aparente falta de éxito se ha repetido en una serie de intervenciones posteriores a gran escala. Un segundo estudio realizado en las proximidades de Stanford, denominado el proyecto de las Cinco Ciudades (Farquhar, Fortmann, Flora *et al.*, 1990b), por ejemplo, combinaba su anterior intervención a través de los medios con un mayor énfasis en las intervenciones sobre el entorno y de educación iniciada por la comunidad, como animar a las tiendas y restaurantes locales a ofrecer alimentos más saludables. En un grupo objeto de seguimiento durante toda la intervención, la población general de la zona de intervención mostró mejoras en los niveles de colesterol, la forma física y las tasas de obesidad en las primeras etapas de la intervención. Sin embargo, al final, las únicas diferencias entre una zona de comparación que no recibió la intervención y las áreas objeto de la intervención se obtuvieron en los indicadores de la presión arterial y del consumo de tabaco (siendo este último, tal vez, la conducta de riesgo más importante debido a su relación con tantas otras enfermedades). Por tanto, la intervención podría considerarse como modestamente exitosa. Por desgracia, en una serie de estudios transversales que comparaban las áreas de control y de intervención a lo largo del tiempo, el consumo de tabaco y los niveles de riesgo de enfermedades cardiovasculares no difirieron en ningún momento durante el transcurso del programa, poniendo en duda el éxito de la intervención.

Una última intervención estadounidense a analizar aquí utilizaba todos las aproximaciones analizadas hasta ahora en éste y en el capítulo anterior. El programa Minnesota Heart Health (Jacobs, Luepker, Mittelmark *et al.*, 1986) utilizaba los medios de comunicación de masas para aumentar la sensibilización y reforzar otros enfoques educativos. Además, el programa puso en marcha programas de detección a gran escala en centros de atención primaria, así como una amplia gama de otras intervenciones, incluyendo ayuda telefónica, clases en centros comunitarios y en los lugares de trabajo, materiales de autoayuda, y programas de correspondencia enviada al domicilio. Las intervenciones en el entorno incluían un etiquetado de los alimentos saludables (bajo contenido en grasa, alto contenido en fibra, etc.), creando menús saludables en los restaurantes, zonas sin tabaco en las áreas de trabajo y lugares públicos y más instalaciones deportivas. A pesar de este complejo y sofisticado enfoque, el programa tuvo, sorprendentemente, un escaso impacto sobre la salud y la conducta de salud. Los niveles de tabaquismo en las áreas de intervención, por ejemplo, difirieron poco de los niveles en las áreas de control, mientras que el peso medio de los adultos en ambas áreas aumentó durante el transcurso del estudio en 7 libras (unos tres kilos). Se obtuvieron resultados similares en otra intervención conocida como Community Intervention Trial for Smoking Cessation (COMMIT Research Group, 1995), que no cambió la conducta de los fumadores asiduos y sólo tuvo un efecto marginal sobre los que fumaban poco.

A primera vista, estos datos parecen desalentadores. En efecto, no resultan muy halagüeños para insistir en la aplicación de estas aproximaciones. Sin embargo, antes de descartarlos, es importante poner en contexto los resultados. Primero, dejando al margen el estudio inicial de Stanford, los demás se produjeron en un momento en que había cambios significati-

vos de la conducta de salud y de las enfermedades en los países en que se realizaron los estudios. Las tasas de enfermedades cardiovasculares han disminuido en un 20 por ciento durante la última década (Lefkowitz y Willerson, 2001), y ha habido un incremento generalizado de la conducta de promoción de la salud y una caída concomitante de las conductas de riesgo, como el tabaquismo, durante las últimas décadas (*ibid.*). ¿Por qué se han producido estos cambios, y qué repercusiones tienen para la interpretación de los resultados de los programas a gran escala analizados anteriormente?

Tal vez la experiencia del programa quinquenal Heartbeat Wales (Tudor-Smith, Nutbeam, Moore *et al.*, 1998) resume las de todos los programas analizados hasta ahora. Este programa combinaba la educación sanitaria recurriendo a los medios de comunicación con exploraciones médicas y los cambios del entorno diseñados para promover el cambio de conducta. Entre estas medidas se incluían algunas de las primeras iniciativas de etiquetado de los alimentos (bajo contenido en grasa, bajo contenido en azúcar, etc.) en el Reino Unido, creando rutas de ejercicio en los parques locales, zonas de no fumadores en los restaurantes, promocionando la cerveza sin alcohol en los bares, etc. También recurrió a médicos y enfermeras como líderes de opinión en sus propias comunidades para defender la adopción de estilos de vida saludables. Recuerde que las intervenciones de cada programa se comparaban con áreas «control»: áreas que no fueron objeto de la intervención. Sin embargo, no se trataba de auténticas áreas «control» en el sentido de que no hubiera ningún tipo de intervención. Éstas fueron objeto de los programas de educación sanitaria locales que se estuvieran aplicando en aquel momento. Además, no se podía garantizar que cualquier innovación aplicada en estos importantes programas de investigación permanecería únicamente en el área de intervención. Por ejemplo, en el caso del programa Heartbeat Wales, su área «control» era el noreste de Inglaterra que, a su vez, era objeto de programas sobre salud cardiovascular a gran escala realizados en Inglaterra al mismo tiempo que se aplicaba el programa Heartbeat Wales en Gales. Sin duda, no se trataba de ninguna zona control «sin intervención». Además, las innovaciones como el etiquetado de los alimentos, realizados inicialmente sólo en Gales, se divulgaron por toda Inglaterra, a través de supermercados como Tesco durante el transcurso del programa. Por tanto, tal vez no sea sorprendente que, aunque los niveles de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares disminuyeron en Gales durante el periodo quinquenal del programa Heartbeat Wales, no disminuyeron más que en las áreas control. El programa de investigación comparaba fundamentalmente la eficacia de dos intervenciones bastante parecidas. Además, la mayor parte de la promoción de la salud relativa a las enfermedades cardiovasculares dirigida a toda la población es ahora probablemente proporcionada por los medios de comunicación como parte de su información general, mediante los documentales y debates sobre dietas saludables, cuestiones relativas a la salud de los varones, etc. Por tanto, cada vez es más difícil que cualquier programa de promoción de la salud añada algo nuevo a esta información y dé lugar a una reducción significativa del riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares.

Reducción del riesgo de infección por VIH

En contraste con las intervenciones centradas en las enfermedades cardiovasculares, las que están centradas en la conducta sexual respecto al VIH y el SIDA parecen haber tenido más éxito (Merzel y D'Afflitti, 2003). Resumiendo algunos de los datos clave, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (1996) referían incrementos significativos de la tasa de utilización del preservativo con la pareja habitual o parejas casuales en las áreas que recibieron la intervención en comparación con las áreas control en las que no se llevó a cabo la intervención. Además, referían incrementos significativos de la tasa de portar de preservativos tanto entre aquellos a los que iba dirigida la intervención, como entre el conjunto de la comunidad. En las áreas de intervención se logró un incremento de la conducta de llevar preservativos encima del 74 por ciento. Además, entre los usuarios de drogas de administración intravenosa, aunque tanto comunidades grupo de intervención como el grupo de control experimentaron un incremento similar de la utilización de lejía para la desinfección de sus agujas y otros materiales, los que vivían en la zona de intervención que no utilizaban lejía tenían más probabilidades de estar pensando en utilizarla.

Estos resultados positivos se han logrado a menudo utilizando el enfoque denominado de educación entre pares. Según este enfoque, los líderes de opinión y otros individuos de determinadas comunidades participan en los proyectos y constituyen una parte clave del programa. El enfoque parte de la teoría del aprendizaje social según la cual estos individuos constituirían modelos particularmente fuertes para el cambio y la difusión de las innovaciones, ya que se utiliza a los líderes de opinión de determinadas comunidades como agentes del cambio. Recurrir a individuos conocidos y respetados en determinada comunidad hace que su mensaje sea saliente y muestra que se puede lograr el cambio necesario. En un estudio que utilizaba este enfoque, Kelly, St Lawrence, Stevenson *et al.* (1992) intentaron aumentar el nivel de conducta sexual con protección entre la clientela de bares de homosexuales en tres pequeñas ciudades meridionales de Estados Unidos. Identificaron y reclutaron a líderes de opinión en estos bares y los entrenaron para que hablaran con la clientela sobre los problemas del cambio de la conducta de riesgo y distribuyeran materiales educativos relevantes sobre la salud. Tras esta intervención, los niveles de conducta sexual de alto riesgo disminuyeron entre un 15 y un 29 por ciento. En una mayor prueba comunitaria realizada por el mismo equipo en ocho ciudades estadounidenses (Kelly, Murphy, Sikkema *et al.*, 1997), los niveles de relaciones sexuales anuales sin protección disminuyeron del 32 al 20 por ciento entre los varones homosexuales que frecuentaban estos bares en el grupo de intervención: en contraste con un incremento del 2 por ciento en las ciudades control. El recuadro sobre HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN que se presenta a continuación muestra en detalle del intento de replicar este tipo de intervención en bares de homosexuales en la ciudad escocesa de Glasgow.

Hallazgos de la investigación

Williamson, L. M., Hart, G. J., Flowers, P., Frankis, J. S. y Der, G. J. (2001). The Gay Men's Task Force: the impact of peer education on the sexual behaviour of homosexual men in Glasgow. *Sexually Transmitted Infections*, 77: 427-432.

Antecedentes

Una serie de estudios estadounidenses (de los cuales se describen algunos en el texto principal) han encontrado que las intervenciones lideradas por los iguales aumentan la sensibilización sobre la conducta sexual de riesgo y reducen su prevalencia. Este estudio intentaba replicar estos resultados en Escocia. Pretendía averiguar si funcionaría este tipo de enfoque en el contexto de una cultura distinta a la estadounidense. También intentaba aumentar el uso de centros de consultoría sexual de los hospitales. En concreto, animaba a vacunarse contra el virus de la hepatitis B. Este virus se puede contagiar por vía sexual y puede provocar una infección que dura toda la vida, cirrosis del hígado, cáncer de hígado, insuficiencia hepática y la muerte. El estudio comparaba las actitudes, la conducta de riesgo y la asistencia a los centros de consultoría sexual entre los individuos que habían sido expuestos y los que no habían sido expuestos a una campaña liderada por iguales llevada a cabo en cinco «bares de homosexuales» en Glasgow.

Método

La intervención

La iniciativa Gay Men's Task Force (GMTF: Grupo de Estudio de Varones Homosexuales) consistía en entrenar a 42 homosexuales para que trabajasen como educadores en bares de homosexuales en la ciudad de Glasgow. Estos educadores llevaban ropa distintiva: camiseta, chaqueta y bolsas. Distribuían folletos GMTF sobre salud sexual y «cuestiones de conducta sexual» y abordaban a los hombres para hablar de éstas y otras cuestiones, así como para defender la asistencia a los centros de consultoría sexual de los hospitales locales. La intervención se produjo durante un periodo de nueve meses. Un «contacto» consistía en una conversación entre un educador y un cliente del bar. En estas conversaciones, se podían discutir los problemas planteados por cualquiera de los dos. Las conversaciones cubrían una amplia gama de cuestiones sanitarias, incluyendo la vacunación contra la hepatitis B, el sometimiento a las pruebas de VIH, y la utilización de preservativos y lubricantes.

El programa de investigación

La evaluación del programa entrañaba investigadores que volvía a los bares a los siete meses de finalizado el mismo. Solicitaban a los varones que cumplimentaran un breve cuestionario. Se incluían preguntas sobre variables demográficas básicas (edad, trabajo, etc.), así como las siguientes mediciones de indicadores:

- nivel de contacto con el programa;
- autoinforme sobre la «consideración personal de la conducta sexual»;
- autoinforme sobre los cambios en la conducta sexual derivados del contacto con el programa;
- niveles de vacunación contra la hepatitis B;

- niveles de pruebas de anticuerpos del VIH;
- número de enfermedades de transmisión sexual en el año anterior;
- conducta sexual: frecuencia de relaciones sin protección con parejas casuales.

Resultados

Los cuestionarios fueron cumplimentados por 1.442 hombres: el 75 por ciento de los individuos a los que se les solicitó. La mitad de la muestra tenía entre 26 y 36 años (la edad media total = 32,1 años), y el 54 por ciento de la muestra pertenecía a los grupos sociales I y II. Aproximadamente el 97 por ciento de la muestra afirmó ser sexualmente activos. Una tercera parte de la muestra afirmó haber practicado sexo sin protección durante el año anterior; de éstos, un tercio afirmó que, en algunas ocasiones, había sido con parejas casuales. Y el 29 por ciento de los encuestados había asistido a un consultorio sobre salud sexual en el año anterior: la mayoría había asistido a un consultorio «específico para homosexuales».

- el 42 por ciento de la muestra reconoció el logotipo de GMTF;
- el 36 por ciento de la muestra sabía qué es lo que representaba el logotipo;
- el 32 por ciento afirmó haber hablado con un educador. De éstos:
 - el 53 por ciento había hablado sólo en una ocasión; el 47 por ciento había hablado con el educador en más de una ocasión;
 - el 49 por ciento afirmaba haber reflexionado sobre su conducta sexual;
 - el 26 por ciento afirmaba haber cambiado su conducta sexual «en alguna medida» debido a estas conversaciones.

Los análisis de la diferencia de las conductas entre los que tuvieron contactos con los programas y los que no los tuvieron, se reflejaron utilizando la *odds ratio* (OR) o riesgo relativo estimado. Aquí, la OR es la probabilidad relativa de que un individuo de un grupo de intervención realice determinada conducta comparado con los individuos que están en el grupo control. Una OR de 2, por ejemplo, significa que los individuos tienen dos veces más probabilidades de mostrar determinada conducta, una OR de 1,5 significa que tiene una vez y media más probabilidades de hacerlo, una OR de 0,5 significa que tiene la mitad de probabilidades de mostrar esta conducta, etcétera.

La Tabla A muestra las OR de los indicadores conductuales clave comparando la ausencia de contacto con los grupos de contacto mínimo, medio y máximo. Las OR sugieren que los individuos con algún grado de contacto con el programa de GMTF tenían

Tabla A. OR de indicadores de conductas clave comparando a individuos con distinto grado de contacto con el programa de GMTF e individuos sin contacto alguno

	Reconocimiento del logotipo	Comprensión del logotipo	Hablaron con un educador
Vacunación contra la hepatitis B	1,49***	1,43***	1,66***
Pruebas de anticuerpos del VIH	1,42**	1,35**	1,32**
N.º de enfermedades de transmisión sexual	1,68*	1,46	1,69*
Sexo sin protección con una pareja casual	0,97	0,82	0,76
Asistencia a centro de consultoría sexual	2,91***	2,83***	2,25***

*** $p < 0,001$

** $p < 0,01$

* $p < 0,05$

más probabilidades de mostrar una conducta de protección, como la vacunación contra la hepatitis B y las pruebas de anticuerpos de VIH, pero no había diferencias entre estos grupos en cuanto a la probabilidad de mantener relaciones sexuales sin protección con una pareja casual —la conducta de riesgo fundamental.

Su siguiente conjunto de análisis examinaba si altos niveles de contacto con los educadores estaba relacionado con una mayor probabilidad de cambiar de conducta. Estos análisis comparaban los mismos resultados entre los individuos que no estaban seguros de haber hablado con un educador, los que habían hablado en una ocasión y los que habían hablado en más de una ocasión. Estos datos sugieren que se logra un beneficio con los contactos adicionales. Los que habían hablado en más de una ocasión tenían más probabilidades con respecto a los que «no estaban seguros» de haberlo hecho, de vacunarse contra la hepatitis B o de hacerse una prueba de anticuerpos del VIH, de tener menor número de relaciones sexuales sin protección y de haber acudido a un consultorio sobre salud sexual. Pero observe que también tenían más probabilidades de afirmar haber tenido más enfermedades de transmisión sexual que el grupo de los «no seguros». Los que sólo habían hablado en una ocasión con el educador también obtenían estas ganancias (véase la Tabla B), pero no en la misma magnitud.

Tabla B. OR de indicadores de conductas clave comparando a los individuos que habían tenido distintos grados de contacto con los educadores y aquellos que no estaban seguros de haber tenido algún contacto

	Un contacto	Más de un contacto
Vacunación contra la hepatitis B	1,61**	1,73***
Prueba de anticuerpos del VIH	1,08	1,65**
N.º de enfermedades de transmisión sexual	1,50	1,90
Sexo sin protección con pareja casual	1,08	0,44
Asistencia a centro de consultoría sexual	1,94***	3,99***

*** $p < 0,001$
 ** $p < 0,01$
 * $p < 0,05$

Discusión

Los datos sugieren que la intervención fue razonablemente eficaz para animar a los individuos a mostrar cierta conducta de protección de la salud, pero no cambió la frecuencia con la que mantenían relaciones sexuales sin protección. Esto puede reflejar, en parte, los informes de los educadores, que encontraron que les resultaba más fácil hablar sobre la salud sexual que sobre sexo seguro. La cuestión clave para promover el cambio parece haber sido el contacto directo con un educador y, cuanto más contacto se tenía, más probabilidades había de que los individuos realizaran cambios significativos de su conducta. Sin embargo, es difícil interpretar estos datos. ¿Los individuos que tuvieron más contacto cambiaron más porque habían tenido más contacto, o tuvieron más contacto porque estaban más interesados y más dispuestos a cambiar?

Este estudio representa uno de los dilemas frecuentes en la investigación sobre la promoción de la salud. Es difícil interpretar los datos por una serie de razones. En primer lugar, preguntaron sobre los contactos con el programa y su conducta siete meses después de la intervención. Esto podría significar que la investigación no logró capturar ningún cambio de actitud o de conducta a corto plazo que pudiera haberse producido. La com-

paración entre los individuos que conocían el programa y los que no pudo dar lugar a una serie de sesgos metodológicos. Un planteamiento más riguroso de este estudio (pero mucho menos práctico) hubiera sido la asignación aleatoria de bares a la recepción de una intervención o a actuar como bares control sin tratamiento, para después identificar la línea base de la conducta de un grupo representativo de individuos en cada grupo de bares y hacer un seguimiento durante un periodo, por ejemplo, de un año, con evaluaciones de las actitudes relacionadas con el cambio de conducta y el cambio real de la conducta 3, 6 y 12 meses después de la intervención. Esto habría dado una imagen más precisa de quién había estado expuesto al programa y de los cambios que había realizado. Los problemas prácticos de realizar este tipo de estudios son inmensos, y es probable que las tasas de participación hubieran sido bajas, así que el método de compromiso utilizado por Williamson y sus colegas podría haber proporcionado los mejores datos que se pueden recopilar de forma realista.

Merzel y D'Afflitti (2003) señalan que los programas de prevención del VIH/SIDA han tenido notablemente un mayor éxito que los diseñados para las enfermedades cardiovasculares. No está claro porqué es así. Tal vez la diferencia más evidente entre los enfoques fue la utilización de iguales en la prevención del VIH —trabajando con grupos concretos de personas, en vez de intentar imponer el cambio desde fuera—. Esto puede que haya sido un factor crucial. Por ejemplo, Janz, Zimmerman, Wren *et al.* (1996) realizaron una evaluación de 37 programas de prevención del SIDA y concluyeron que la utilización de iguales que habían recibido formación y cuyas circunstancias vitales se parecían mucho a las de la población diana, era uno de los factores más importantes para influir en la aceptación de los mensajes sobre la salud. Asimismo, Kelly, Murphy, Sikkema *et al.* (1993) sugieren que la utilización de iguales y de modelos era un importante medio para transmitir mensajes sobre la salud.

Merzel y D'Afflitti especulaban sobre una segunda razón para estas diferencias, la cual podría descansar en la historia natural de las enfermedades sobre las que cada programa estaba tratando de influir. Las enfermedades cardiovasculares se desarrollan a lo largo del tiempo, y no hay un marcado incremento del riesgo debido a una determinada conducta: «una chocolatina no me puede hacer mucho daño». Por tanto, resulta relativamente fácil minimizar el riesgo y evitar el cambio de conducta. Por el contrario, los riesgos relacionados con el sexo sin protección son muy prominentes. Sólo hace falta un número relativamente reducido de relaciones sexuales sin protección para contraer el VIH y, por tanto, los imperativos para cambiar son mucho más salientes que en el caso de las enfermedades cardiovasculares.

Aunque los estudios anteriores permiten comparar las intervenciones dentro de una misma cultura, no debe olvidarse que el SIDA es un problema global. Dado el efecto devastador del VIH/SIDA en África, las intervenciones ahí y en otras partes del mundo en vías de desarrollo tienen una importancia primordial. Galavotti, Pappas-DeLuca y Lansky (2001) describieron un modelo conocido como el de Modelado y Refuerzo para

Combatir el VIH (MARCH: *Modeling And Reinforcement to Combat HIV*) que se ha desarrollado para utilizarlo en los países en vías de desarrollo. El modelo de intervención tiene dos elementos principales:

1. Utilización de los medios de comunicación.
2. Influencias locales para cambiar.

Esta iniciativa utilizó los medios para proporcionar modelos de conducta en «programas de entretenimiento que educan». Las intervenciones incluían testimonios de individuos que tenían el VIH/SIDA y educación entre pares, similar a la utilizada en Estados Unidos y en el Reino Unido. Estos iguales ofrecían información sobre cómo cambiar y un modelo de pasos para cambiar la conducta sexual. También se utilizaban series de televisión para educar, porque implican al televidente de forma emocional con lo que ocurre en la pantalla, aumentan su saliencia y animan a que se vean los consejos. El apoyo interpersonal incluía la creación de pequeños materiales de difusión, como folletos en los que se mostraban modelos de conducta que iban avanzando por las etapas del cambio de conducta en el caso de conductas de riesgo clave, movilizando a los miembros de la comunidad afectada para distribuir los materiales y reforzar los mensajes de prevención, y el incremento de la disponibilidad de preservativos y equipos de esterilización con lejía para los usuarios de drogas de administración intravenosa. En un estudio sobre la efectividad de los elementos mediáticos de este enfoque (Vaughan, Rogers, Singhal *et al.*, 2000), Radio Tanzania emitió una serie llamada *Tiende Na Wakati* («Avancemos con los tiempos»). Esta serie se emitía dos veces por semana durante dos años con la intención de promover la salud reproductiva y la planificación familiar, y evitar el contagio del VIH. En comparación con una región de Tanzania que no recibía la radio nacional en el momento en el que se realizó el estudio, los individuos que vivían en las regiones donde se emitía el programa de radio mostraron un mayor compromiso con la planificación familiar y con prácticas sexuales más seguras. Además, la asistencia a los consultorios de planificación familiar aumentó más en las áreas de intervención que en la de control.

Promoción de la salud en el entorno laboral

Una respuesta a los problemas que tienen las intervenciones a gran escala dirigidas a la población en general ha consistido en centrarse en grupos diana más pequeños y de más fácil acceso. Uno de estos grupos son los trabajadores, y las últimas décadas han asistido al desarrollo de un muy importante número de programas de promoción de la salud en el entorno laboral. La mayoría se ha aplicado en Estados Unidos, tal vez porque la mejora de la salud de los trabajadores reduce el coste de los seguros médicos de éstos (a menudo sufragados por el empresario) y, por tanto, beneficia tanto a la empresa como a los individuos que trabajan en ella. Los programas en el entorno laboral se han centrado en una serie de conductas relacionadas con la salud, incluyendo la dieta, el ejercicio físico, el consu-

mo de tabaco y el estrés (centrándose generalmente en los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares y de cáncer). Puesto que el entorno laboral ofrece una amplia posibilidad de intervenciones, se han utilizado diversos tipos de formatos, algunos extremadamente innovadores. Las estrategias utilizadas incluyen:

- detección de factores de riesgo de contraer enfermedades;
- educación para la salud;
- provisión de alternativas saludables, como alimentos saludables en los comedores;
- suministro de incentivos económicos para cambiar las conductas de riesgo;
- manipulación del apoyo social para facilitar el cambio de las conductas de riesgo de los individuos;
- delimitación de zonas de no fumadores (y, más recientemente, zonas de fumadores) en el entorno laboral.

La efectividad de los programas de detección en el entorno laboral no difiere de la de los programas ofrecidos en otros contextos que se analizaron en el capítulo anterior. Otros programas han obtenido resultados contradictorios. El programa Treatwell (Sorensen, Morris, Hunt *et al.*, 1992), por ejemplo, organizó clases y demostraciones sobre alimentos ante los trabajadores de fábricas para enseñarles a comer de forma saludable y ofrecía opciones saludables y etiquetado de los alimentos en los comedores de las fábricas. El programa duró 15 meses, y logró modestas reducciones del consumo de grasas, pero no consiguió cambiar el consumo de fibra. El programa Well Works, del que informan Sorensen, Stoddard, Hunt *et al.* (1998), también registró modestas mejoras del consumo de grasa, frutas y verduras, tras un programa en el que se combinaban los programas de educación sanitaria y se proporcionaban opciones de alimentos saludables. Sin embargo, no cambiaron los niveles de tabaquismo, el segundo objetivo de la intervención. Análogamente, el programa Health Works for Women (Campbell, Tessaro, DeVellis *et al.*, 2002) estaba dirigido a mujeres trabajadoras de cuello azul empleadas en pequeñas y medianas empresas. Proporcionaba información sobre conductas saludables y sugerencias para cambiar el estilo de vida, personalizadas en función de lo que cada participante contestó en un cuestionario cumplimentado antes de la intervención. El programa también potenciaba el desarrollo del apoyo de las compañeras al cambio de conducta a partir de las redes sociales de las trabajadoras. A pesar de estas complejas intervenciones, no se encontraron cambios a largo plazo en la ingesta de grasa, en el consumo de tabaco o en los niveles de ejercicio físico del grupo de intervención. La única mejora fue un modesto aumento de la ingesta autoinformada de frutas y verduras. En una revisión de 10 programas realizados en el entorno laboral que utilizaban estrategias parecidas, Glanz, Lankenau, Foerster *et al.* (1996) encontraron escasa evidencia de un cambio de conducta sostenido. Las razones por las que puede que este tipo de intervención sólo haya logrado un éxito limitado podrían ser similares a las descritas para las intervenciones basadas en la comunidad: un entorno en el que ya hay una significativa educación sanitaria y cambios de conductas en el conjunto de la población.

El entorno laboral facilita más de una oportunidad de proporcionar educación para la salud y opciones de alimentación saludable. Ofrece la oportunidad de ejercer más influencia sobre la conducta que la que se puede lograr en otras partes. Una forma en que los empresarios pueden influir sobre sus plantillas consiste en proporcionar incentivos económicos por cambiar: ofrecer un sistema de recompensas externas por realizar un cambio de conducta adecuado en vez de depender únicamente de la motivación personal de los empleados para cambiar. Estos incentivos han resultado tener bastante éxito. Glasgow, Hollis, Ary *et al.* (1993) ofrecían premios mediante sorteos mensuales a los trabajadores de una fábrica que dejaban de fumar y seguían sin fumar durante un año: el 19 por ciento de los fumadores de la plantilla participó en la intervención, de los cuales el 20 por ciento seguía sin fumar al final del programa. El estudio no disponía de ningún grupo control, pero un nivel de abstinencia del 20 por ciento ofrece una comparación favorable con otras muchas intervenciones más complejas (véase el Capítulo 6). Por el contrario, Jeffery *et al.* (1993) descontaban dinero de la nómina de los participantes (en un programa de adscripción voluntaria) y devolvían este dinero por pérdida de peso y por dejar de fumar, lo que implicaba que los participantes que no lograban sus objetivos perdían dinero. Este programa también tuvo éxito para los que participaron, pero las tasas de participación fueron, tal vez de forma comprensible, reducidas.

El entorno laboral también puede proporcionar un fuerte apoyo social para los individuos que están realizando un cambio de conducta. Por ejemplo, Koffman, Lee, Hopp *et al.* (1998) han comparado un programa para dejar de fumar con múltiples componentes, parecido al descrito en el último capítulo, con una combinación de este programa de incentivos económicos para no fumar, y una competición por equipos en la que los grupos se apoyaban mutuamente durante las semanas y meses posteriores al abandono del hábito. Seis meses después de iniciado el programa, el 23 por ciento del grupo con múltiples componentes seguía sin fumar, en comparación con el 41 por ciento de los que también recibían el programa de incentivos y el programa con la competición. En el seguimiento realizado un año más tarde, las cifras correspondientes eran del 30 y del 37 por ciento, respectivamente.

El efecto de las políticas restrictivas sobre el consumo de tabaco es complejo. Sin duda reducen el grado de exposición secundaria al humo de los cigarrillos entre los no fumadores. Además, la incomodidad de tener que fumar fuera del edificio desincentiva la conducta para muchos fumadores. Esto puede afectar al nivel de consumo. Longo, Johnson, Kruse *et al.* (2001), por ejemplo, han estudiado, durante un periodo de tres años, los hábitos de fumar de los empleados de los hospitales en los que se prohibió fumar y en los que se pudo seguir fumando. Estos autores encontraron que el porcentaje de fumadores que dejó de fumar era más del doble en los hospitales en los que no se permitía fumar que en los que sí se permitía. Efectos similares se encontraron en un estudio sin grupo control del impacto de la prohibición de fumar en un hospital, donde los niveles de tabaquismo disminuyeron del 22 al 14 por ciento tras la introducción de la

política de prohibición de fumar (Hudzinski y Frohlich, 1990; véase también la discusión previa en este capítulo).

La mayoría de las intervenciones en el entorno laboral han seguido la vía «tradicional» de intentar influir sobre la conducta de los empleados. Un planteamiento más innovador, y más difícil de implantar, consiste en cambiar directamente todo el entorno laboral. Uno de los pocos estudios que hacen referencia a este enfoque, en relación con el estrés en el trabajo, fue el de Maes, Kittel, Scholten *et al.* (1993), que combinaron un programa de educación para la salud dirigido a facilitar el cambio de conductas de riesgo de enfermedades cardiovasculares con una serie de modificaciones del entorno laboral, que pretendían reducir el estrés y el aburrimiento de los trabajadores de la cadena de montaje de una gran fábrica. El equipo investigador analizó los diversos patrones de trabajo que realizaban los trabajadores y cambió el diseño del puesto de trabajo para evitar tareas cortas repetitivas y ofrecer a los trabajadores un mayor control de la organización de las tareas, y facilitar el contacto social dentro del entorno laboral. También ofreció formación a los directivos sobre habilidades de comunicación y de liderazgo, y se les enseñó a reconocer y reducir el estrés en el entorno laboral. La evaluación del impacto de su intervención fue limitada, sin que se hicieran mediciones directas del estrés. Sin embargo, el absentismo laboral disminuyó y la calidad de la producción aumentó tras la implantación del programa. A menudo se considera que estas variables son indicadores de la calidad de vida en el trabajo y sugieren ciertos beneficios para la plantilla.

Intervenciones en la escuela

Una segunda comunidad cautiva es la de los alumnos de los colegios. Durante la última década se ha producido un significativo desarrollo de lo que se ha venido a llamar «la escuela promotora de la salud». Estas instituciones ponen la prioridad sobre la salud de sus alumnos y desarrollan un enfoque integrado de mejora de la salud, previniendo el inicio de las conductas de riesgo y educando a los alumnos sobre las actividades que promueven una buena salud. Esto lleva a la educación para la salud de ser simplemente un contenido dentro del currículo escolar, a ser algo central en los objetivos del colegio, en torno al cual se establecen las infraestructuras y actividades escolares. El marco en el que las instituciones educativas se involucran en este tipo de programas fue creado por la Organización Mundial de la Salud (1996) e incluye en la actualidad:

- políticas sanitarias escolares: desarrollo de políticas sobre la conducta en el colegio, del tipo de «si no hay casco no hay bicicleta en el colegio», para la seguridad de los ciclistas, o la política australiana de «si no hay gorra, no se juega» (para evitar las quemaduras por el sol), así como políticas más tradicionales como la prohibición de fumar en el centro escolar y la tolerancia cero con el acoso escolar;
- creación de un entorno social y físico seguro y saludable;
- enseñanza de habilidades relacionadas con la salud;

- provisión de servicios sanitarios adecuados dentro del colegio;
- provisión de una alimentación saludable;
- programas de promoción de la salud en el centro escolar para el personal;
- disponibilidad de consultoría o programas psicológicos;
- un programa de educación física en el centro escolar.

Estas políticas constituyen un planteamiento muy similar al de la promoción de la salud que se ha adoptado para la población adulta: enseñar las habilidades adecuadas y proporcionar un entorno en el que se fomente la utilización de estas habilidades. St Leger (1999) resume los resultados sanitarios de este enfoque integrado como de un éxito generalizado cuando se hacen esfuerzos significativos en su buena implantación, pero tienen un efecto mínimo, o ningún efecto, si sólo se implantan de manera parcial. Puesto que el concepto de una escuela saludable es relativamente nuevo, sólo unos pocos estudios han analizado el impacto de estas políticas, con resultados poco concluyentes. Uno de estos estudios se centraba en los objetivos tradicionales de la salud. Kuntzleman (1985) analizó los efectos de un programa de nutrición y buena forma física proporcionado a través de actividades y clases en los colegios, y de actividades extraescolares como juegos y acontecimientos deportivos. Tras la intervención, encontró mejoras en los conocimientos, actitudes y forma física de todos los participantes. Resulta interesante que los chicos lograron superiores mejoras en mediciones biológicas, como menores niveles de grasa corporal y colesterol que las chicas, aunque hubo más chicas que chicos que aumentaron su actividad física. En el programa Kids in Action, Kalnins, Ballantyne, Quarto *et al.* (1994) ofrecieron a los niños la posibilidad de elegir un problema local de salud que ellos quisieran abordar. Los niños participaron en la identificación del problema, en la planificación y en la implantación de aproximaciones para abordar el problema, y en la revisión de la eficacia de la intervención, utilizando un conjunto de estrategias similar al del asesoramiento centrado en los problemas que se analizó en el capítulo anterior. El problema que decidieron abordar era el de la distribución de drogas cerca del colegio. Gracias al programa, los niños aprendieron habilidades de desarrollo comunitario y conocimientos sobre estrategias de acción comunitaria y apoyo a la comunidad. Resulta interesante que el problema abordado no había sido considerado por el colegio, y planteó problemas sobre la seguridad de los niños al mismo tiempo que intentaba dotarlos de competencias para cambiar la situación. ¡Cuando el objetivo de una intervención queda fuera del control de los que tienen el poder, el resultado puede quedar muy lejos del pretendido!

Actividades fuera del colegio

Una alternativa a los programas basados en la escuela es un programa conocido como Smokebusters. Se trata de una intervención en la comunidad, deliberadamente fuera del colegio, que pretende prevenir que los jóvenes fumen. Incluye una serie de clubes por toda Europa, y cada uno pone el

énfasis en las facetas positivas de no fumar más que en las facetas negativas del consumo de tabaco. Son «clubes de diversión», donde la ausencia de tabaco se muestra como la norma y los fumadores son la minoría. El objetivo es desarrollar fuertes grupos sociales de iguales entre no fumadores, ayudar a reforzar la confianza en uno mismo y desarrollar habilidades para decir no. Las actividades organizadas en los clubes incluyen fiestas y acontecimientos al aire libre, y suelen ofrecer descuentos en las tiendas locales. Ser no fumador suele recompensarse con la adscripción gratuita al club. Se considera que el programa es más atractivo para muchos fumadores, que pueden rechazar el contexto autoritario de los programas organizados en las instituciones educativas. Bruce y van Teijlingen (1999) resumen los informes de 36 clubes Smokebuster en el Reino Unido. Como programas comunitarios sin un propósito de avanzar en el conocimiento científico, sólo tres han intentado medir los efectos que tiene el club a largo plazo sobre los conocimientos, actitudes y consumo de tabaco. Uno de estos estudios evaluó los efectos de un programa en North Yorkshire. Se midieron los niveles de consumo de tabaco, los conocimientos y las actitudes de 866 alumnos de primaria y secundaria, de los cuales sólo la mitad accedió posteriormente al club, antes y un año después de que se creara el club Smokebusters local. A lo largo de este periodo, los niveles de consumo habitual de tabaco aumentaron en ambos grupos, pero no tanto en el grupo de jóvenes que tenía acceso al club: un incremento del 11 por ciento frente al 3 por ciento de prevalencia del consumo de tabaco. Se registraron ganancias similares en otros dos estudios que medían la prevalencia del consumo de tabaco (Bruce y van Teijlinge, 1999). Decepcionantemente, la intención de fumar en el futuro no difería entre los estudios; puede que la intervención haya retrasado el inicio del tabaquismo más que prevenirlo, aunque algunos afirman que ése es en sí mismo un beneficio significativo.

Educación entre pares

Un último planteamiento de la educación para la salud en los colegios incluye un proceso conocido como «educación entre pares». Normalmente consiste en que se entrena a alumnos influyentes de un colegio sobre determinada cuestión sanitaria, como el consumo de tabaco, alcohol o educación sobre el VIH, y se les anima a educar a sus compañeros sobre estas cuestiones, con la esperanza de que lo hagan de tal manera que se promueva una conducta saludable. Los métodos utilizados varían considerablemente. Pueden consistir en enseñar a toda una clase, o en tutorías informales en entornos sin estructurar, o en conversaciones y asesoramiento de uno a uno. En algunos contextos, los compañeros educadores han montado escenarios de teatro o exhibiciones (*véase* Turner y Shepherd, 1999). Uno de los autores (PB) ha participado en la evaluación de un programa de educación entre pares de los colegios del sur de Gales. El programa adoptaba un planteamiento informal de esta educación que incluía una serie de etapas. En la primera, los alumnos de 12 a 13 años tenían que identificar a individuos particularmente influyentes de su grupo social. A partir

de aquí, el equipo de intervención identificaba a un grupo de individuos especialmente influyentes entre la población diana, ¿de los cuales puede que algunos no fueran la opción preferida de los profesores! Los voluntarios de este grupo eran llevados a un hotel durante dos días, donde se les enseñaba la naturaleza, los costes y los beneficios del consumo excesivo de alcohol. Estos días fuera también incluían una serie de ejercicios de grupo para aumentar el apoyo y la confianza del grupo de alumnos educadores. Tras estos días de formación, se les pidió a estos compañeros educadores que hablasen con sus amigos y con cualquier otra persona que consideraran adecuada sobre el consumo razonable de alcohol, compartiendo información y consejos. Este modelo de diseminación sin control contrasta fuertemente con algunos de los métodos más formales adoptados por otros programas.

Se considera que las ventajas de los programas de educación entre pares derivan del hecho de que los compañeros constituyen una fuente de información más creíble que los programas de educación habituales proporcionados por los profesores. Puede que también hagan que la educación para la salud sea más aceptable para los alumnos que cuando la proporcionan los profesores. La educación por los compañeros también ofrece la oportunidad de delegar competencias a los implicados y de que éstos actúen como modelos positivos. No siempre está claro que estos argumentos sean ciertos. Puede que los alumnos encuentren difícil enseñar a sus compañeros y adoptar el papel de profesores ya sea de manera formal o informal. También es posible que la utilización de alumnos como canales de información sanitaria legitimada haga que dejen de ser, de hecho, una fuente de auténtica influencia, o puede que haga que eviten proporcionar la información o los consejos para no quedar fuera de su grupo de iguales y sus normas. Incluso si se aceptan los principios positivos que respaldan la educación entre pares, la evidencia empírica sobre su efectividad no resulta concluyente. La mayoría de los estudios no ha comparado la eficacia de la educación dada por los profesores frente a la educación proporcionada por los compañeros. Entre los estudios que sí lo han analizado, algunos (por ejemplo, Perry y Grant, 1988) han encontrado que los compañeros son más eficaces que los profesores en los programas escolares de educación para la salud; mientras que otros no han encontrado este efecto (*véase*, Greenwood, Carta y Kamps, 1990).

Resumen

Este capítulo ha analizado una serie de cuestiones relacionadas con las intervenciones dirigidas a la mejora de la salud de la población en su conjunto. Los objetivos clave analizados han sido los que pretenden cambiar el riesgo creciente de contraer enfermedades, en este caso enfermedades cardiovasculares, y cambiar la conducta que puede dar lugar a enfermedades tras haberse realizado en una sola ocasión: las relacionadas con el sexo con protección y el contagio del VIH.

El principal método de influir que se ha utilizado son los medios de comunicación. Se han analizado tres métodos para optimizar su utilización:

1. Refinamiento de la comunicación para maximizar su influencia sobre las actitudes mediante la utilización de distintos canales dependiendo de la motivación de los receptores para considerar la información presentada.
2. Utilización de mensajes de miedo y cómo se pueden optimizar, no sólo aumentando la ansiedad sobre la salud, sino proporcionando también una forma fácil de reducirla.
3. Intervenciones centradas más específicamente, centrándose en grupos dentro de una sociedad, clasificados en función de indicadores como la conducta, la clase social y las actitudes prevalentes.

El modelo de difusión de las innovaciones también proporciona importantes guías sobre la naturaleza de cualquier innovación que se pueda intentar realizar y los grupos a los que se puede dirigir cuando se promueve la innovación. Las innovaciones tienen que:

- tener ventajas obvias respecto a la conducta actual;
- ser compatibles con las normas que prevalecen en la actualidad;
- ser relativamente fáciles de adoptar;
- mostrar una ventaja evidente.

Los principales grupos diana, cuando se intenta influir sobre poblaciones enteras, son los primeros adoptantes (líderes de opinión) que tienen acceso a las innovaciones y el poder de influir sobre la adopción de esas innovaciones por parte de otros individuos de su grupo social.

También se puede manipular el entorno para que la conducta de salud sea más saliente, más fácil de realizar y recompense a los que la realizan. En concreto, las manipulaciones del entorno pueden:

- proporcionar claves para la acción o eliminar las claves para exhibir una conducta de riesgo;
- promover la conducta de salud minimizando los costes y barreras para realizarla;
- aumentar los costes de tener una conducta perjudicial para la salud.

Las intervenciones que utilizan estos diversos principios (y algunos analizados en el capítulo anterior) han tenido un éxito razonable en cambiar la conducta de poblaciones de gran tamaño y mejor definidas como las poblaciones del entorno laboral o escolar.

Las primeras intervenciones dirigidas a cambiar la conducta relacionada con las enfermedades cardiovasculares tuvieron éxito, aunque puede que su propio éxito haya reducido el éxito de las intervenciones posteriores. Por el contrario, las intervenciones que buscan una conducta sexual más segura parecen haber tenido mucho éxito.

Las intervenciones en el entorno laboral han tenido un éxito parcial, aunque la posibilidad que ofrece el entorno laboral de dar recompensas económicas y promover el apoyo de los compañeros lo convierten en un campo útil para influir en la salud pública. Los intentos innovadores de cambiar las prácticas laborales también pueden reducir el estrés de los trabajadores.

Finalmente, los colegios parecen ser clave para crear una conducta de salud positiva. Los «colegios saludables» parecen mejorar la salud de los alumnos si la implantación se hace plenamente. La educación por los iguales también puede tener ciertos beneficios, aunque muchos niños encuentran difícil actuar como educadores para la salud, lo que reduce la efectividad de esta aproximación.

Lecturas recomendadas

Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health. Report*. London: HMSO.

Analiza algunos planteamientos alternativos para la promoción de la salud, sobre todo respecto a las desigualdades económicas.

Bennett, P. y Murphy, S. (1997). *Psychology and Health Promotion*. Buckingham: Open University Press.

Puede que ya vaya teniendo unos años, ¡pero sigue siendo bueno!

Merzel, C. y D’Afflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health*, 93: 557-574.

Una excelente descripción muy legible de los pros y contras de las intervenciones basadas en la comunidad.

Naidoo, J. y Wills, J. (2000). *Health Promotion: Foundations for Practice*. London: Bailliere Tindall.

Una buena revisión desde la perspectiva teórica y del profesional.

White, J. y Bero, L. A. (2004). Public health under attack: the American Stop Smoking Intervention Study (ASSIST) and the tobacco industry. *American Journal of Public Health*, 94: 240-250.

Constituye un recordatorio de que no todos han adoptado la agenda de la promoción de la salud.

PARTE II

Enfermar

El cuerpo en la salud y en la enfermedad

CAPÍTULO



Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- La anatomía básica y la función de:
 - Determinadas partes del sistema nervioso central
 - El sistema nervioso autónomo
 - El sistema inmunológico y los desórdenes clave que pueden surgir por una disfunción inmunológica
- La anatomía básica, fisiología y desórdenes de:
 - El sistema digestivo
 - El sistema cardiovascular
 - El sistema respiratorio

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

El capítulo proporciona una introducción a la anatomía y fisiología básicas de sistemas orgánicos clave del cuerpo. Cada apartado analiza la anatomía y fisiología básicas de cada sistema, y describe algunos de los procesos de enfermedad que pueden producirse en cada uno de ellos. Puede tratarse de enfermedades relacionadas con conductas de riesgo concretas o con otros procesos psicológicos, normalmente el estrés. Otros incluyen enfermedades que plantean retos particulares al individuo. Los siguientes capítulos analizan cómo pueden los individuos prevenir o afrontar estas enfermedades y, en algunos casos, las intervenciones psicológicas que pueden ayudarlos.

Empezamos analizando dos sistemas que influyen sobre todo el cuerpo:

1. El sistema nervioso central y el sistema nervioso autónomo.
2. El sistema inmunológico.

A continuación pasamos a examinar otros tres sistemas:

1. El sistema digestivo.
2. El sistema cardiovascular.
3. El sistema respiratorio.

La anatomía conductual del encéfalo

El encéfalo es un complejo órgano del sistema nervioso central con un intrincado patrón de células nerviosas. Se divide en cuatro áreas anatómicas (véanse las Figuras 8.1 y 8.2):

1. *Rombencéfalo o cerebro posterior*: incluye partes del encéfalo necesarias para la vida: la médula oblongada o bulbo raquídeo, que controla la presión arterial, el ritmo cardíaco y la respiración; la formación reticular, que controla el estado de alerta y de vigilia; y el puente de Varolio y el cerebelo, que integran la información muscular y sobre la posición.
2. *Mesencéfalo o cerebro medio*: incluye parte del sistema reticular y los dos centros de coordinación motriz y sensorial, que integran las respuestas reflejas y automáticas de los sistemas visual y auditivo y participan en la integración de los movimientos de los músculos.
3. *Prosencéfalo o cerebro anterior*: está formado por estructuras clave que influyen sobre el estado de ánimo y la conducta, incluyendo:
 - *Tálamo*: en estrecha relación con la corteza cerebral, participa tanto en funciones sensoriales como motoras, así como en la regulación de la atención, en la memoria y en la emoción.
 - *Hipotálamo*: regula el sistema vegetativo y el endocrino, participando en conductas básicas tales como el apetito, la excitación sexual y la sed. También parece tener cierto control sobre las emociones.
 - *Sistema límbico*: (Figura 8.3) una serie de estructuras que incluyen un grupo vinculado de áreas cerebrales conocido como el Circuito de Papez (hipocampo-fórnix-cuerpos mamilares-tálamo-circunvolución del cíngulo-hipocampo). El circuito hipocampo-fórnix-cuerpos mamilares está involucrado en la memoria. El hipocampo es un lugar de interacción entre el sistema perceptivo y la memoria. Otra parte del sistema, conocida como amígdala, vincula la información sensorial con la conducta emocionalmente relevante, en concreto con las respuestas al miedo y al enfado. Se ha denominado el *ordenador emocional* por su papel de coordinación del proceso que parte de la evaluación de la información sensorial para darle un significado (es decir, la amenaza) y después controla las respuestas autónomas y conductuales resultantes (véase más adelante).
4. *Cerebro*: la parte del encéfalo que ha evolucionado más recientemente incluye:
 - *Ganglios basales*: responsable de la coordinación motriz compleja.
 - *Córtex*: la compleja capa externa de materia gris que incluye los cuerpos de las células nerviosas y sus conexiones sinápticas. Está dividido en dos hemisferios funcionales unidos en su base por el cuerpo calloso, una serie de fibras neuronales interconec-

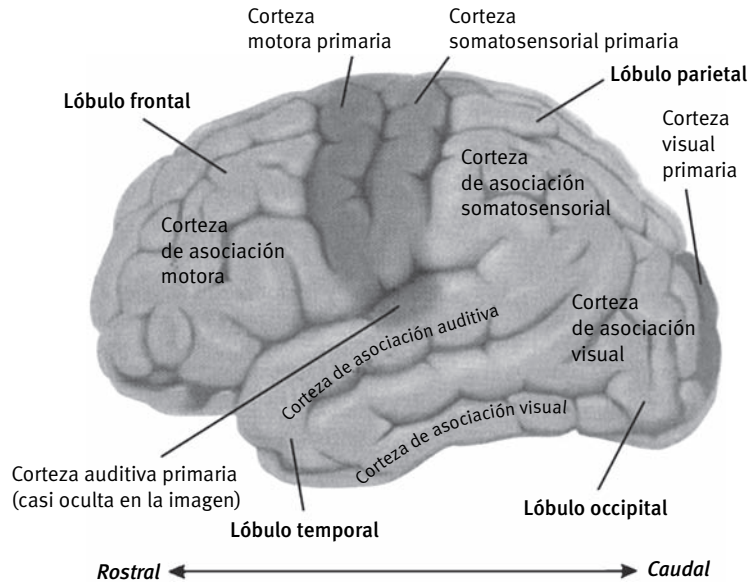


Figura 8.1 Un corte transversal de la corteza cerebral del cerebro humano (aquí sí diríamos cerebro porque se refiere a la parte que incluye el córtex).

Fuente: Carlson, N. (2003). Publicado por Allyn y Bacon, Boston, MA. Copyright © 2004 de Pearson Education. Reproducido con autorización del editor.

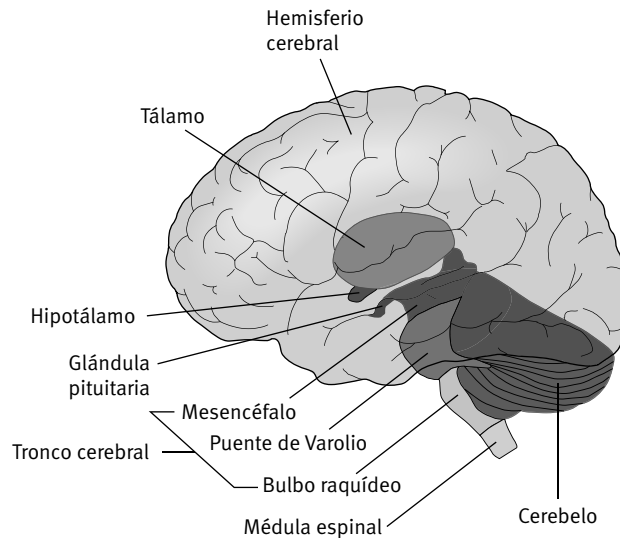


Figura 8.2 Visión lateral del lado izquierdo de un encéfalo humano semitransparente con el tronco cerebral «insertado».

Fuente: Carlson, N. (2003). Publicado por Allyn y Bacon, Boston, MA. Copyright © 2004 de Pearson Education. Reproducido con autorización del editor.

tadas y se divide en cuatro lóbulos: frontal, temporal, occipital y parietal:

- El *lóbulo frontal* tiene una función «ejecutiva» puesto que coordina una serie de procesos complejos, incluyendo el habla,

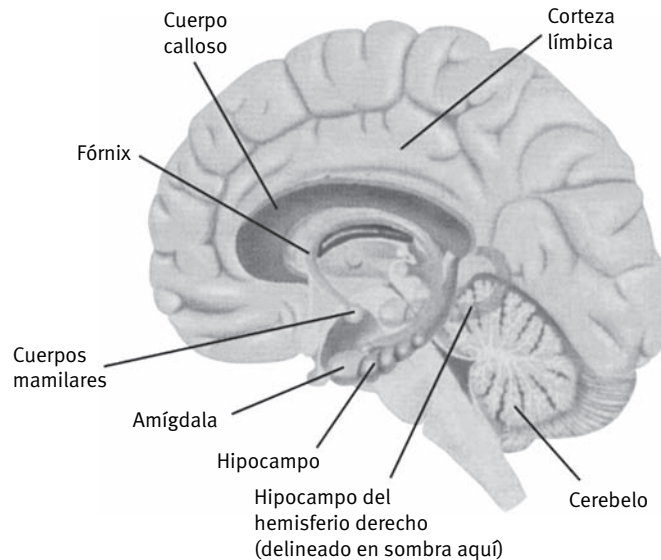


Figura 8.3 Los principales componentes del sistema límbico. Se ha quitado todo el hemisferio izquierdo excepto el sistema límbico.

Fuente: Carlson, N. (2003). Publicado por Allyn y Bacon, Boston, MA. Copyright © 2004 de Pearson Education. Reproducido con autorización del editor.

la coordinación motriz y la planificación de la conducta. El lóbulo frontal también influye en la motivación. Los lóbulos prefrontales están conectados con el sistema límbico a través del tálamo y el sistema motriz dentro de la corteza. Las relaciones entre la corteza prefrontal y el sistema límbico se activan cuando se ejecuta una conducta gratificante.

- Los *lóbulos temporales* tienen una serie de funciones. En los individuos diestros, el principal centro del lenguaje se encuentra en el hemisferio izquierdo, y el procesamiento viso-espacial se localiza en el hemisferio derecho. En los individuos zurdos, hay localización menos definida en cada uno de los hemisferios. Los lóbulos temporales también están involucrados en el sistema sensorial de la audición. Integran la experiencia visual con las experiencias de los demás sentidos para proporcionar un conjunto con significado. Los lóbulos temporales desempeñan un importante papel en la memoria y contienen sistemas que preservan el recuerdo de la experiencia consciente. Finalmente, se conectan con el sistema límbico y relacionan las emociones con los acontecimientos y los recuerdos.
- Los *lóbulos occipital y parietal* están involucrados fundamentalmente en la integración de la información sensorial. El lóbulo occipital está implicado en la percepción visual y el lóbulo parietal en la somatosensación. Los vínculos con la corteza permiten interpretar los estímulos sensoriales.

El sistema nervioso autónomo

El sistema nervioso autónomo es responsable del control de los niveles de actividad en los órganos y sistemas clave del cuerpo. Muchos órganos tienen cierto grado de control sobre su funcionamiento. Por ejemplo, el corazón tiene un ritmo básico de 110 pulsaciones por minuto. Sin embargo, estos niveles de actividad intrínsecos pueden no resultar adecuados en todo momento. Puede que el corazón tenga que latir más deprisa cuando se realiza ejercicio, y menos en estado de reposo. El sistema nervioso autónomo anula este control local para proporcionar este mayor nivel de control coordinado entre la mayoría de los sistemas corporales en respuesta a las distintas exigencias impuestas al cuerpo. Su actividad está controlada por una serie de áreas del cerebro, siendo la más importante el hipotálamo. El hipotálamo recibe información sobre las exigencias que se imponen al cuerpo provenientes de diversas fuentes, incluyendo:

- información sobre la temperatura de la piel proveniente de la formación reticular del tronco cerebral;
- información sobre el grado de iluminación y oscuridad de los nervios ópticos;
- los receptores del hipotálamo ofrecen información sobre el equilibrio iónico y la temperatura de la sangre.

El hipotálamo también tiene conexiones con la corteza y el sistema límbico, que participan en el procesamiento de las demandas cognitivas y emocionales. Esto permite al sistema autónomo reaccionar a factores psicológicos así como a las demandas físicas impuestas al cuerpo. Por consiguiente, el sistema nervioso autónomo puede iniciar el proceso de sudoración cuando la temperatura es elevada, aumentar la presión arterial y el ritmo cardíaco durante el ejercicio físico, y también ofrecer una respuesta fisiológica en situaciones de estrés, angustia o excitación (analizaremos estas respuestas con más detalle en los Capítulos 11 y 13).

El sistema nervioso autónomo controla estos distintos niveles de actividad a través de dos redes de nervios opuestas (*véase* la Figura 8.4):

1. El **sistema nervioso simpático**: influye en la activación y el *arousal* o nivel de excitabilidad: la respuesta de lucha-huida.
2. El **sistema nervioso parasimpático**: influye en la relajación; la respuesta reposo-recuperación.

Los dos conjuntos de nervios surgen del tronco cerebral o de la médula espinal y establecen **sinapsis** con todos los órganos clave del cuerpo, incluyendo el corazón, las arterias y los músculos (Figura 8.4). Por la rama simpática, el **neurotransmisor** implicado en las sinapsis entre los nervios espinales y los ganglios del órgano diana es la acetilcolina. La actividad de la sinapsis entre este segundo nervio y el órgano final implica fundamentalmente a un neurotransmisor conocido como noradrenalina (también denominado norepinefrina) y, en menor medida, implica a la adrenalina (epinefrina). El sistema parasimpático utiliza la acetilcolina en las dos sinapsis. La actividad en cada uno de los órganos depende de la actividad

Sistema nervioso parasimpático

Rama del sistema nervioso autónomo responsable del reposo y la recuperación.

Sinapsis

Unión entre dos neuronas o entre una neurona y el órgano diana. Los impulsos nerviosos cruzan una sinapsis a través de la acción de los neurotransmisores.

Neurotransmisor

Un mensajero químico (por ejemplo, adrenalina, acetilcolina) utilizado para la comunicación de una neurona con otras neuronas y otros tipos de células.

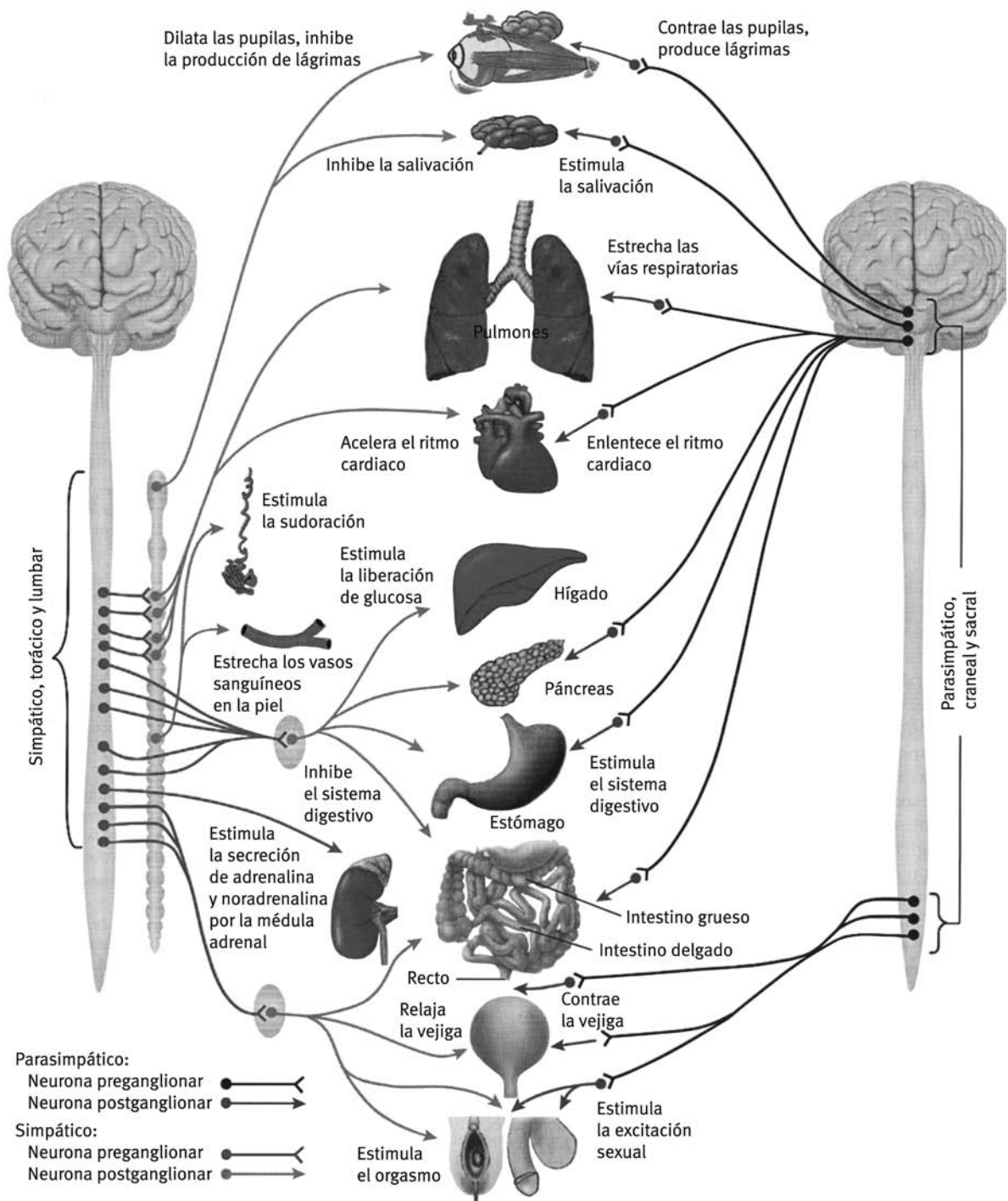


Figura 8.4 El sistema nervioso autónomo, con los órganos diana y las funciones que dependen de las ramas simpática y parasimpática.

Fuente: Carlson, N. (2003). Publicado por Allyn y Bacon, Boston, MA. Copyright © 2004 de Pearson Education. Reproducido con autorización del editor.

relativa en los sistemas nerviosos simpático y parasimpático. Cuando predomina la actividad en el sistema simpático, el cuerpo se activa: cuando el dominante es el sistema parasimpático, el cuerpo está en reposo y relativamente inactivo, lo que permite realizar funciones básicas como la digestión y la producción de orina con más facilidad (véase la Tabla 8.1).

Tabla 8.1 Resumen de las respuestas del sistema nervioso autónomo según esté activada la rama simpática o la parasimpática

Estructura	Estimulación simpática	Estimulación parasimpática
Iris	Dilatación de la pupila	Contracción de la pupila
Glándulas salivares	Menor producción de saliva	Mayor producción de saliva
Corazón	Aumenta el ritmo y la potencia cardíacas	Disminuye el ritmo y la potencia cardíacas
Pulmones	Se relaja el músculo bronquial	Se contrae el músculo bronquial
Estómago	Reducción del peristaltismo	Secreción de jugos gástricos; aumento de la motilidad
Intestino delgado	Reducción de la motilidad	Aumento de la digestión
Intestino grueso	Reducción de la motilidad	Aumento de secreciones y de la motilidad
Hígado	Mayor conversión de glicógeno en glucosa	
Riñón	Reducción de la secreción de orina	Aumento de la secreción de orina
Vejiga	Paredes relajadas Esfínter cerrado	Paredes contraídas Esfínter relajado

Procesos endocrinos

Glándulas endocrinas

Las glándulas que producen y segregan hormonas en los sistemas sanguíneo o linfático. Incluyen las glándulas pituitarias y adrenales, y los islotes de Langerhans en el páncreas. Estas hormonas pueden afectar a un órgano o tejido, o a todo el cuerpo.

Glándulas adrenales

Glándulas endocrinas, localizadas encima de cada riñón. Incluyen la corteza, que segrega varias hormonas esteroides, y la médula, que segrega la noradrenalina.

La actividad iniciada en el sistema nervioso simpático es de corta duración. Por tanto, se utiliza un segundo sistema para proporcionar una excitación a más largo plazo. Este sistema utiliza las **glándulas endocrinas**, que se comunican con sus órganos diana liberando hormonas en el flujo sanguíneo. Las glándulas endocrinas que amplían la actividad del sistema nervioso simpático son las **glándulas adrenales**, que están situadas encima de los riñones. Tienen dos áreas funcionales y cada una se activa de manera distinta:

- el centro o médula adrenal;
- los tejidos circundantes, conocidos como la corteza adrenal.

La médula adrenal está enervada por el sistema nervioso simpático. La actividad en este sistema estimula la médula adrenal para liberar el equivalente hormonal del neurotransmisor noradrenalina en el flujo sanguíneo, en el que es transportado hasta los órganos del cuerpo. Los receptores de los órganos diana responden a la hormona y mantienen su activación. Puesto que la hormona puede estar liberada durante un periodo más largo que el neurotransmisor, esto aumenta y amplía el periodo de excitación.

Corticosteroides

Potentes hormonas antiinflamatorias (incluyendo el cortisol o cortisona) fabricadas de forma natural en el cuerpo o sintéticamente para utilizarlas como fármacos.

Cortisol o cortisona

Una hormona del estrés que aumenta la disponibilidad de depósitos de energía y grasa para afrontar los periodos de elevada actividad fisiológica. También inhibe la inflamación de los tejidos dañados.

Un segundo sistema de activación implica a la glándula pituitaria, cuya actividad también está controlada por el hipotálamo. Esta glándula se encuentra inmediatamente debajo del cerebro (véase la Figura 8.2) y, cuando es estimulada por el hipotálamo, libera una serie de hormonas en el flujo sanguíneo, siendo la más importante la hormona adrenocorticotropa (ACTH). Cuando la ACTH llega a la corteza adrenal, hace que libere hormonas conocidas como **corticosteroides**, siendo la más importante el **cortisol** o cortisona, también conocida como hidrocortisona. El cortisol aumenta la disponibilidad de almacenar energía y grasa para afrontar los periodos de elevada actividad fisiológica. También inhibe la inflamación de los tejidos dañados.

El sistema inmunitario

Componentes del sistema inmunitario

Patógeno

Un nombre colectivo para diversos tipos de amenazas para nuestra salud y nuestro sistema inmunológico, incluyendo las bacterias y los virus.

Antígeno

Proteína singular que se encuentra en la superficie de un patógeno que permite al sistema inmunológico reconocer a ese patógeno como una sustancia extraña y, por tanto, producir los anticuerpos necesarios para luchar contra él. Las vacunas introducen en el cuerpo virus o bacterias especialmente preparadas que llevan antígenos.

Anticuerpos

Inmunoglobulinas producidas en respuesta a un antígeno.

El sistema inmunitario es muy sofisticado y complejo, y está diseñado para ayudar al cuerpo a resistir la enfermedad. Proporciona diversos mecanismos protectores que responden a los ataques de las bacterias, virus, enfermedades infecciosas y de otras fuentes externas al cuerpo, conocidos colectivamente como **patógenos** o **antígenos**. En esta sección vamos a identificar y describir brevemente el papel de los distintos elementos del sistema inmunitario. Después pasaremos a fijarnos en las relaciones entre estos elementos y en cómo se combinan para combatir a los antígenos invasores y el desarrollo de cánceres.

Hay una serie de órganos y elementos químicos que constituyen la primera línea de defensa del sistema. Incluyen:

- **Barreras físicas:** proporcionadas por la piel.
- **Barreras mecánicas:** cilios (pequeños filamentos en las paredes de los pulmones) que expulsan a los patógenos fuera de los pulmones y del tracto respiratorio: los estornudos y la tos consiguen el mismo objetivo pero más bruscamente. Las lágrimas, la saliva y la orina también expulsan a los patógenos del cuerpo.
- **Barreras químicas:** el ácido del estómago proporciona una evidente barrera química contra los patógenos. El sebo, que recubre el vello corporal, inhibe el crecimiento de las bacterias y de los hongos en la piel. La saliva, las lágrimas, el sudor y las secreciones nasales contienen lisozimas, que destruyen las bacterias. La saliva y las paredes del tracto gastrointestinal también contienen un **anticuerpo** conocido como inmunoglobulina A (IgA).
- **«Patógenos inoocuos»:** diversas bacterias que viven dentro del cuerpo y no tienen efectos perjudiciales para nosotros. Sin embargo, defienden su territorio y pueden destruir otras bacterias que lo invaden.

Linfocitos

Un tipo de glóbulo blanco. Los linfocitos tienen una serie de papeles en el sistema inmunológico, incluyendo la producción de anticuerpos y otras sustancias que luchan contra las infecciones y las enfermedades. Incluyen a las células T y B.

Fagocito

Una célula del sistema inmunológico que puede rodear y matar a microorganismos y eliminar las células muertas. Entre los fagocitos se encuentran los macrófagos.

Célula T

Una célula que reconoce los antígenos en la superficie de una célula infectada por un virus, se pega a esa célula y la destruye.

Célula B

Una forma de linfocito que actúa en la destrucción de los antígenos. Las células B de memoria proporcionan inmunidad a largo plazo contra patógenos que ya se han encontrado anteriormente.

Células CD4+

También conocidas como células T colaboradoras, actúan en la proliferación de células T citotóxicas como parte de la respuesta inmunológica. La infección por VIH obstaculiza su capacidad de desempeñar esta función.

- **Nódulos linfáticos:** órganos secundarios en, o cerca de, posibles puntos de entrada de los patógenos. Este sistema incluye las amígdalas, las placas de Peyer en los intestinos y el apéndice. Tienen elevados niveles de **linfocitos** (véase más adelante), dispuestos a atacar a cualquier patógeno invasor.

Además de estas defensas relativamente estáticas, hay una serie de células que circulan por el cuerpo. Puede ser a través del sistema circulatorio (véase más adelante) o de un sistema paralelo conocido como el sistema linfático. Este sistema transporta un fluido llamado linfa y transporta células importantes para la destrucción de antígenos a los lugares en que se ha producido un daño celular y se lleva los residuos de esta destrucción lejos de estos lugares.

Hay tres grupos de células en los sistemas circulatorio y linfático que se forman en la médula de los huesos y que proporcionan protección contra diversos tipos de patógenos (fagocitos, linfocitos y células asesinas). Los **fagocitos, un tipo de glóbulos blancos**, se encuentran en el sistema circulatorio y atraen, adhieren y después fagocitan y destruyen a los antígenos, un proceso conocido como fagocitosis. El sistema inmunitario tiene una serie de fagocitos, incluyendo:

- Los *neutrófilos* tienen una vida corta, de unas pocas horas a unos pocos días. Proporcionan la principal defensa contra las bacterias y la lucha inicial contra la infección, fagocitándolas y digiriéndolas. Los siguen los macrófagos en torno a tres o cuatro horas más tarde.
- Los *macrófagos* tienen una vida larga y son mejores para atacar a células muertas y a los patógenos que pueden vivir dentro de las células. Cuando un macrófago destruye una célula, coloca algunas de sus propias proteínas en su superficie. Esto permite a otras células inmunitarias identificar a esas células como invasoras y atacarlas.

Un segundo grupo de células conocidas como linfocitos (otro tipo de glóbulos blancos) circulan por la sangre y el sistema linfático. Incluyen las **células T** y las **células B** (que son las que tienen una acción más específica):

- Las *células T citotóxicas* se pegan a los antígenos, incluidas las células infectadas por virus y las células tumorales. Forman poros en la membrana plasmática de la célula diana, permitiendo que los iones y el agua fluyan hacia la célula diana, haciendo que se expanda y después que estalle y muera.
- Las *células T colaboradoras* desencadenan o aumentan una respuesta inmunológica. Identifican los antígenos y se pegan a ellos, y después liberan elementos químicos que estimulan la proliferación de células T citotóxicas y de células plasmáticas B (véase más adelante). Las células T colaboradoras también son conocidas como **células CD4+** debido a su estructura química.
- Las *células B plasmáticas* producen anticuerpos, que son inmunoglobulinas que se unen con antígenos específicos y los neutralizan, haciendo que sean objetivos más fáciles para los fagocitos. Atacan a

los antígenos en el sistema sanguíneo antes de que entren en las células corporales.

- Las *células B de memoria* viven una larga vida en los sistema sanguíneo y linfático. Se producen a partir de un ataque inicial de un antígeno nuevo. En su respuesta inicial a esos ataques, las células B de memoria «aprenden» la naturaleza química de estos antígenos y son capaces de atacarlos más eficazmente cuando se vuelven a encontrar con ellos.

Células NK

Estas células se mueven por la sangre y atacan a las células cancerosas y a las células infectadas por un virus.

Un tercer grupo de linfocitos atacantes son las **células NK** («**natural killer cells**»), que se mueven por la sangre y atacan a las células cancerosas y a las células corporales infectadas por un virus.

■ **Relaciones del sistema nervioso central con el sistema inmunitario**

El sistema inmunológico está estrechamente relacionado con el sistema nervioso central. La influencia de estos dos sistemas interrelacionados afecta al desarrollo y a la actividad de los fagocitos, y de las células B, T y de las células NK. Los linfocitos también tienen receptores adrenales y de cortisol, que se ven afectados por las hormonas tanto de la corteza como de la médula adrenal (*véase* más arriba). La influencia de estos neurotransmisores y de estas hormonas es compleja. El incremento de la adrenalina como respuesta al estrés a corto plazo puede estimular el bazo para liberar fagocitos en el flujo sanguíneo y aumentar el número de células NK, pero reduce el número de células T. La liberación de cortisol reduce la producción de células T colaboradoras y la ingestión de células por parte de los macrófagos. Estas cuestiones son complejas y cambian a lo largo del tiempo en que se produce el estrés y de la naturaleza del estresor. Sin embargo, se suele admitir que el estrés crónico dificulta significativamente la eficacia del sistema inmunitario, dejándonos incapaces de prevenir la infección.

Disfunción inmunológica

■ **Infección por el virus de inmunodeficiencia humana**

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es la causa de una condición potencialmente mortal conocida como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El virus pertenece al subgrupo de virus conocidos como «lentivirus». Suelen tardar un largo periodo entre la aparición de la infección inicial y el desarrollo de síntomas graves, potencialmente de hasta diez años o más. El virus afecta a las células T colaboradoras (CD4+) y, a medida que se reproducen, también se reproduce el virus. Por desgracia, estas células atacadas no son capaces de responder eficazmente al virus, a algunas bacterias y a otras amenazas para la salud (aunque los elementos de primera línea del sistema inmunológico pueden proporcionar cierta protección) y no activan sus células diana B y T, reduciendo la respuesta

Sarcoma de Kaposi

Tumor maligno del tejido conectivo, asociado a menudo con el SIDA. Los tumores están compuestos por lesiones de color rojo azulado o morado en la piel. A menudo aparecen primero en los pies o en los tobillos, los muslos, los brazos, las manos y la cara.

Enfermedad autoinmune

Grupo de enfermedades, incluyendo la diabetes tipo I, la enfermedad de Crohn y la artritis reumatoide, caracterizadas por un funcionamiento anormal del sistema inmunológico que produce anticuerpos contra sus propios tejidos, tratando lo «propio» como «ajeno».

del sistema inmunológico a estas amenazas. Además, el virus puede provocar que las células T colaboradoras se peguen entre sí, lo que las hace inutilizables. Finalmente, el sistema inmunitario puede terminar reconociendo estas células cargadas de virus como invasoras y empezar a atacar a sus propias células T colaboradoras. Cada uno de estos procesos reduce la eficiencia de las células B y T hasta que queda superada por el virus y se pueden desarrollar enfermedades graves.

Puesto que las células T colaboradoras son tan importantes para la respuesta del cuerpo a diversos antígenos, la exposición repetida a los antígenos que hacen que proliferen las células T colaboradoras puede acelerar el desarrollo de la infección de VIH y el avance del SIDA. Cuando el número de células T colaboradoras en la sangre disminuye por debajo de $500/\text{mm}^3$ se ha destruido aproximadamente la mitad de la reserva del sistema inmunitario. En este momento empiezan a aparecer infecciones menores, como herpes en los labios e infecciones por hongos. Cuando el número de células T colaboradoras disminuye por debajo de $200/\text{mm}^3$ suelen aparecer infecciones oportunistas amenazantes y cánceres. El SIDA, el punto final de la infección del VIH, se produce cuando el número de células T colaboradoras es inferior a $200/\text{mm}^3$ o con la aparición de infecciones potencialmente mortales, como la neumonía o un cáncer como el **sarcoma de Kaposi**.

Enfermedades autoinmunes

Diabetes (tipo I y II)

Enfermedad crónica caracterizada por la presencia de un alto nivel de azúcar en sangre y una incapacidad de transferirla a los órganos que la necesitan. Puede estar causada por un déficit de insulina (tipo I), por la resistencia a la insulina (tipo II), o por ambos factores.

Páncreas

Glándula en la que los islotes de Langerhans producen la insulina. También produce y segrega las enzimas digestivas. Está situado detrás del estómago.

El sistema inmunitario es capaz de identificar células que forman parte del cuerpo («propias») y las que «no son propias»: antígenos, cánceres en desarrollo, etc. En algunas ocasiones, este proceso falla y el sistema inmunitario trata las células del cuerpo como si no fueran propias, y empieza a atacarlas. Esto puede dar lugar a una serie de **enfermedades autoinmunes**, incluyendo la diabetes, la artritis reumatoide y la esclerosis múltiple.

■ Diabetes

Se han identificado dos tipos de diabetes. En la diabetes tipo I, el cuerpo no produce suficiente insulina en los islotes de Langerhans en el **páncreas**. Su aparición suele venir desencadenada por una infección, a menudo de la familia del virus Coxsackie. Este virus muestra una proteína con una estructura similar a una enzima que participa en la producción de insulina, y la respuesta inmunitaria ante este virus también puede destruir las células que fabrican la insulina en el páncreas.

La insulina se suele pegar a las moléculas de glucosa del sistema circulatorio, que la llevan a los diversos órganos del cuerpo que necesitan glucosa para obtener energía. Sin la insulina no se pueden absorber estas moléculas de glucosa, lo que provoca que haya un alto nivel de glucosa en sangre, que el cuerpo no puede utilizar. Tanto el elevado nivel de glucosa en circulación como la falta de azúcar en órganos vitales pueden provo-

car problemas significativos para los individuos que padecen diabetes. Los síntomas suelen aparecer de forma repentina e incluyen que se tengan más sed y que se orine más, que se padezca una constante sensación de hambre, pérdida de peso, visión borrosa y fatiga extrema. Si no se diagnostica y trata con insulina, la persona con una diabetes tipo I puede caer en un coma diabético potencialmente mortal, también conocido como cetoacidosis diabética. A más largo plazo, la diabetes aumenta el riesgo de diversos tipos de problemas de salud, incluyendo problemas circulatorios, daños a los nervios periféricos y enfermedades cardiovasculares.

Una segunda forma de esta enfermedad es la conocida como diabetes tipo II. En esta enfermedad el cuerpo produce suficiente insulina (o casi la suficiente), pero las células que absorben las moléculas de glucosa-insulina se hacen «resistentes» a ellas y dejan de absorberlas. La diabetes tipo II suele desarrollarse más tarde y está relacionada con la obesidad; la probabilidad de que un individuo desarrolle una diabetes tipo II aumenta un 4 por ciento por cada medio kilo de exceso de peso. Los síntomas de la diabetes tipo II se desarrollan de forma paulatina; no aparecen de forma tan repentina como en el caso de la diabetes tipo I, y pueden incluir fatiga o náuseas, frecuente necesidad de orinar, sed anormal, pérdida de peso, visión borrosa, frecuentes infecciones, y una lenta curación de heridas o herpes. Algunos individuos no tienen ningún tipo de síntomas.

Artritis reumatoide

Una enfermedad autoinmune crónica con inflamación de las articulaciones y marcadas deformidades. Algo (posiblemente un virus) desencadena un ataque del sistema inmunológico al tejido sinovial de las articulaciones, lo que estimula una reacción inflamatoria que puede provocar la destrucción de la articulación.

■ **Artritis reumatoide**

La **artritis reumatoide** es una enfermedad autoinmune que puede ser desencadenada por virus en individuos con una tendencia genética a contraer la enfermedad. Se trata de una enfermedad sistémica que afecta a todo el cuerpo y que se caracteriza por la inflamación de las membranas de las articulaciones, conocido como tejido sinovial. Es una enfermedad crónica, caracterizada por periodos de exacerbación y de remisión. Durante los periodos de exacerbación, los individuos con la enfermedad padecen dolor, agarrotamiento de los músculos, sensación de calor, enrojecimiento e inflamación. Otra característica es la aparición de nódulos reumatoides que se forman bajo la piel en las zonas que experimentan presión externa, como los codos. También puede aparecer fatiga, pérdida de apetito, fiebre y pérdida de energía. Los tejidos sinoviales inflamados pueden invadir y dañar al hueso y al cartílago. Las células inflamatorias liberan enzimas que pueden destruir el hueso y el cartílago, lo cual puede dar lugar a que la articulación pierda su forma y su alineación, provocando dolor y limitando el movimiento de la articulación.

Esclerosis múltiple

Un trastorno del encéfalo y de la médula espinal provocado por un daño progresivo de la vaina de mielina que recubre las células nerviosas. Esto provoca una reducción del funcionamiento del nervio, que puede provocar diversos tipos de síntomas, incluyendo debilidad, parálisis, temblores, dolor, hormigueo, entumecimiento y menor coordinación.

■ **Esclerosis múltiple**

La **esclerosis múltiple** es una enfermedad neurológica en la que se producen repetidos episodios de inflamación del tejido nervioso en cualquier parte del sistema nervioso central (encéfalo y médula espinal). Estos episodios se producen cuando las propias células inmunológicas del cuerpo ata-

Vaina de mielina

Una sustancia que contiene proteínas y grasa (lípidos) y que rodea todos los nervios fuera del cerebro. Actúa como un aislante del nervio y ayuda en la transmisión de las señales nerviosas.

can al sistema nervioso. La localización de las zonas inflamadas varía en función de cada individuo y de cada episodio. La inflamación destruye el recubrimiento de las células nerviosas (la **vaina de mielina**) en esa zona, dejando múltiples áreas de tejido cicatrizado (esclerosis). Esto provoca que se enlentezca o quede bloqueada la transmisión de los impulsos nerviosos en la zona, dando lugar a los síntomas de la esclerosis múltiple. Puesto que se puede producir en cualquier parte del encéfalo o de la médula espinal, los síntomas provocados difieren extremadamente en función de cada individuo, e incluyen la pérdida de la función de los miembros, la pérdida del control del colon y/o de la vejiga, ceguera debido a la inflamación del nervio óptico y problemas cognitivos. La espasticidad muscular es una característica frecuente, sobre todo de los miembros superiores, y el 95 por ciento de los individuos con esclerosis múltiple experimenta fatiga debilitadora, lo que impide a aproximadamente el 40 por ciento de estos enfermos mantener cualquier tipo de actividad física. Entre el 30 y el 50 por ciento de estos pacientes necesita ayuda para andar o tiene que recurrir a sillas de ruedas.

El curso de la esclerosis múltiple varía en función de cada individuo. No es frecuente que surja antes de los 15 años, y el 20 por ciento de los enfermos padece una forma benigna de la enfermedad en la que los síntomas muestran escasa o ninguna progresión tras el episodio inicial. Una reducida cantidad de individuos experimentan una esclerosis múltiple maligna, que provoca un rápido e incesante deterioro y una importante incapacidad, o incluso la muerte, poco después de la aparición de la enfermedad. La aparición de este tipo de esclerosis múltiple suele producirse a partir de los 40 años. La mayoría de los individuos la padece de forma episódica, con fuertes periodos de exacerbación seguidos de periodos de remisión. Cada exacerbación suele verse seguida de una incapacidad de recuperar el nivel anterior de la función, lo que da lugar a un lento deterioro paulatino. La muerte se suele deber a las complicaciones derivadas de la esclerosis múltiple, incluyendo atragantamientos, neumonía y disfunción renal.

El tracto digestivo

El tracto digestivo es el sistema de órganos responsables de la ingestión de alimentos, la absorción de los nutrientes de esos alimentos y finalmente la expulsión de los residuos del cuerpo. Está compuesto por los siguientes elementos:

- boca
- faringe
- esófago
- estómago
- intestino delgado, dividido en tres partes:
 - duodeno
 - yeyuno
 - íleon

- intestino grueso, igualmente dividido en tres partes:
 - ciego, al que está unido el apéndice
 - colon
 - recto, que finaliza en el ano.

Cada órgano del sistema tiene un papel determinado:

- *Boca*: aquí se mastican los alimentos, provocando la liberación de enzimas en la saliva e iniciando el proceso de digestión.
- *Esófago*: transporta los alimentos de la boca al estómago, comprimiéndolos en el proceso.
- *Estómago*: aquí se mezclan los alimentos entre sí y con ácido para su descomposición química.
- *Intestino delgado*: responsable de mezclar el contenido del intestino con elementos químicos para, en primer lugar, descomponerlos en sus partes constituyentes; a continuación son absorbidos y pasan al flujo sanguíneo para su transporte a otros órganos. Los elementos químicos clave que participan en este proceso son, por un lado, la **bilis**, que se produce en el hígado y se almacena en la **vesícula biliar** y digiere la grasa y, por otro, los jugos ricos en enzimas liberadas del páncreas.
- *Intestino grueso (colon)*: es responsable de la reabsorción del agua de los contenidos del intestino y de expulsar los residuos que no se han utilizado en la digestión. El movimiento entre estos órganos, y a lo largo de los mismos, está controlado por un proceso conocido como peristalsis. En este proceso participa un músculo liso que se encuentra en las paredes de los órganos y es el encargado de ir estrechando progresivamente cada sección del intestino, de modo que los alimentos van pasando a través de cada tramo, empujados por el estrechamiento sucesivo.

Bilis

Un jugo digestivo, producido en el hígado y almacenado en la vesícula biliar. Participa en la digestión de la grasa en el intestino delgado.

Vesícula biliar

Una estructura en el extremo inferior del hígado a la derecha del abdomen. Almacena la bilis producida en el hígado antes de segregarla en el intestino. Esto ayuda al cuerpo a digerir la grasa.

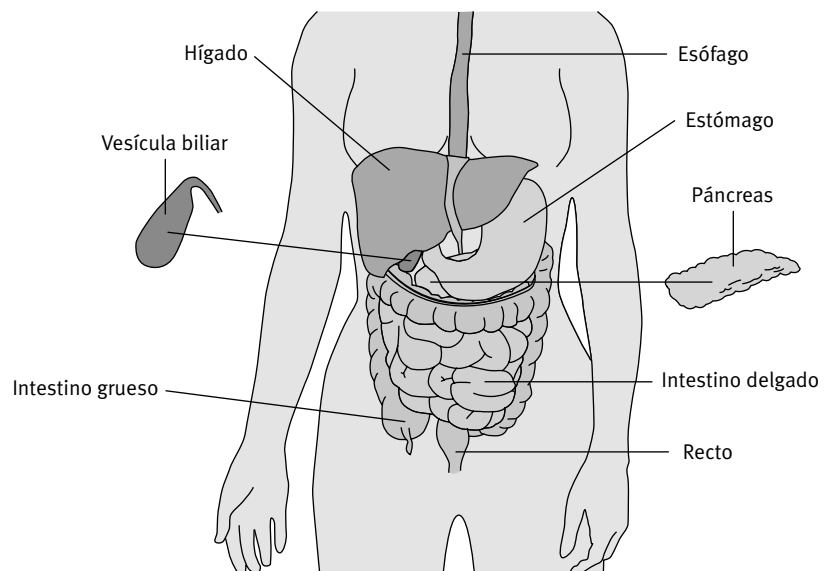


Figura 8.5 El intestino grueso, el intestino delgado y otros órganos relacionados.

Control de la digestión

Cada uno de estos procesos de la digestión está controlado tanto por hormonas como por nervios reguladores.

■ Hormonas reguladoras

Las hormonas son producidas y liberadas por las células de la mucosa que recubre el estómago y el intestino delgado, en etapas clave del proceso digestivo. Estas hormonas tienen, entre otras, las siguientes funciones:

- La gastrina produce los ácidos estomacales.
- La secretina hace que el páncreas produzca un fluido rico en bicarbonato y en enzimas para descomponer los alimentos en sus elementos constituyentes (proteínas, azúcares, etc.). El bicarbonato es alcalino e impide que las paredes del intestino se vean perjudicadas por el contenido extremadamente ácido del estómago que se libera al intestino delgado. La secretina también estimula que el hígado produzca bilis, el ácido que ayuda en la digestión de la grasa.
- La colecistoquinina hace que la vesícula biliar descargue bilis en el intestino delgado.

■ Nervios reguladores

La actividad del sistema digestivo también está controlada por un complejo sistema nervioso local conocido como sistema nervioso entérico, en el que:

- Las neuronas sensoriales reciben información de los receptores en la mucosa y en el músculo. Los quimiorreceptores controlan los niveles de ácido, glucosa y aminoácidos. Los receptores sensoriales responden al estiramiento y a la tensión dentro de las paredes del intestino.
- Las neuronas motoras, cuyo papel clave consiste en controlar la motilidad gastrointestinal (incluyendo la peristalsis y la motilidad del estómago) y la secreción, controlan la acción del músculo liso de la pared del intestino.

Los neurotransmisores clave que participan en la actividad del sistema nervioso entérico son la noradrenalina y la acetilcolina: la primera tiene una función de activación y la segunda una función inhibitoria. El sistema nervioso entérico funciona de manera independiente del sistema nervioso central, proporcionando información sensorial (como sensación de plenitud) al hipotálamo y permitiendo también que el intestino responda a los distintos procesos de excitación o de inhibición del sistema nervioso autónomo. Por lo general, la estimulación simpática inhibe las actividades digestivas, inhibiendo la secreción gastrointestinal y la actividad motora y contrayendo los esfínteres gastrointestinales y los vasos sanguíneos. Esto último puede experimentarse como una sensación de «hormigueo en el estómago», que podemos sentir en momentos de ansiedad, ¡y también otros síntomas, tal vez incluso más evidentes! Por su parte, la actividad parasimpática estimula normalmente las actividades digestivas.

Trastornos del sistema digestivo

■ Úlcera gástrica

Las úlceras gástricas consisten en una erosión del recubrimiento del estómago (mucosa) que puede dar lugar a una serie de síntomas. El síntoma más frecuente es el malestar o dolor abdominal. Las características de este malestar son:

- aparece y desaparece durante varios días o semanas;
- se produce dos o tres horas después de comer;
- se alivia comiendo;
- puede agravarse por la noche, cuando el estómago está vacío después de una comida.

Otros síntomas incluyen falta de apetito, pérdida de peso, distensión abdominal, náusea y vómitos. Si no se trata la enfermedad, la úlcera puede extenderse por toda la pared estomacal, lo que provocaría una filtración potencialmente mortal de su contenido al abdomen. Hasta hace relativamente poco se pensaba que las úlceras gástricas eran provocadas por el estrés, que se pensaba que aumentaba la secreción ácida en el estómago. Más recientemente se ha sustituido esta explicación psicológica por un modelo biológico más sencillo que sugiere que la responsable del trastorno es una bacteria conocida como *Helicobacter pylori*. Se cree que la infección de la *H. pylori* debilita el recubrimiento mucoso protector del estómago y el duodeno, lo que permite que el ácido pase al recubrimiento sensible que hay debajo. Tanto el ácido como la bacteria irritan este recubrimiento y causan la úlcera. En general, la infección por *H. pylori* parece ser la causa más frecuente de la ulceración péptica, siendo su tratamiento la forma más eficaz de curar este trastorno. Sin embargo, puede que el estrés siga implicado en su desarrollo y mantenimiento, ya sea como factor independiente, influyendo sobre otras conductas de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco, o influyendo sobre los niveles de *H. pylori* en el intestino (Bennett, 2005a).

Enfermedad inflamatoria intestinal

Un grupo de problemas inflamatorios del intestino grueso y, en algunas ocasiones, del intestino delgado. Los principales tipos de enfermedad inflamatoria intestinal son la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa.

Enfermedad de Crohn

Enfermedad autoinmune que puede afectar a cualquier parte del tracto gastrointestinal, pero se produce más frecuentemente en el íleon (la zona en la que se une el intestino delgado al intestino grueso).

■ Enfermedad inflamatoria intestinal

Se denomina **enfermedad inflamatoria intestinal** a un conjunto de problemas relacionados con la inflamación del intestino grueso y, en algunas ocasiones, del intestino delgado. Sus principales tipos son:

- Enfermedad de Crohn.
- Colitis ulcerosa.

Enfermedad de Crohn

La **enfermedad de Crohn** puede afectar a cualquier parte del tracto gastrointestinal. Es una enfermedad autoinmune e inflamatoria, en la que se producen episodios agudos con fuerte sintomatología seguidos de periodos de remisión. Sus síntomas clave son la diarrea crónica y la alteración de

los procesos digestivos. En los momentos agudos puede plantear serios problemas de deshidratación e incapacidad para digerir los alimentos y absorber los nutrientes necesarios, lo que hace necesaria la intervención médica. Con el tiempo, el proceso de inflamación puede dar lugar a un engrosamiento de las paredes del intestino, dando como consecuencia un estrechamiento de su diámetro que dificulta el paso de los alimentos a través de las secciones dañadas, lo que puede obligar a su extirpación recurriendo a la cirugía. Por desgracia, puesto que la enfermedad tiende a reproducirse en estos mismos lugares, esta reducción del diámetro también se puede reproducir y requerir una nueva intervención quirúrgica al cabo de unos pocos años. Por ello, se suele considerar que la cirugía es un tratamiento de «último recurso». Hay alguna evidencia empírica que afirma que esta condición se puede ver exacerbada por el estrés (Searle y Bennett, 2001).

Colitis ulcerosa

Enfermedad inflamatoria crónica del intestino grueso, caracterizada por episodios repetidos de dolor abdominal, fiebre y severa diarrea.

Colostomía

Procedimiento quirúrgico por el que se hace una apertura (estoma) en el abdomen para drenar las heces del intestino grueso (colon). Puede ser temporal o permanente.

Síndrome del colon irritable (o del intestino irritable)

Trastorno del tracto intestinal inferior. Los síntomas incluyen dolor combinado con alteración de los hábitos de evacuación que da lugar a diarrea, estreñimiento o ambas cosas. No tiene anormalidades fisiológicas evidentes, por lo que el diagnóstico se realiza por la existencia y el patrón de los síntomas.

Colitis ulcerosa

La **colitis ulcerosa** es una enfermedad inflamatoria del colon que suele afectar a la parte terminal del intestino grueso y el recto. Se parece a la enfermedad de Crohn y puede evolucionar hasta convertirse en un cáncer al cabo de una década de haberse contraído la enfermedad. Por ello, los pacientes pueden someterse a chequeos periódicos para identificar el inicio del cáncer o incluso a una extirpación preventiva de algunos segmentos del colon. Esto puede dar lugar a que el individuo afectado necesite una **colostomía**. Al igual que en el caso de la enfermedad de Crohn, el problema puede verse exacerbado por el estrés (Searle y Bennett, 2001).

■ **Síndrome del colón irritable (o del intestino irritable)**

El **síndrome del colón irritable** es un trastorno del intestino en el que se produce un periodo de tres meses de malestar o dolor abdominal, con al menos dos de las siguientes características:

- el dolor se alivia con la defecación;
- el dolor está relacionado con un cambio de la frecuencia de la evacuación;
- o con un cambio en el tipo de heces (suelta, acuosa o en forma de bolitas).

En el diagnóstico del síndrome del colón irritable también resulta central que estos síntomas se produzcan con ausencia de cualquier tipo de patología física evidente. Dada esta ausencia de una patología física, hubo un tiempo en que se consideró que el síndrome del colón irritable era el arquetipo del trastorno psicossomático. En efecto, Latimer (1981) llegó incluso a sugerir que la ansiedad y el síndrome del colón irritable eran una misma condición, siendo mencionados los síntomas del síndrome del colon irritable por aquellos individuos que no eran capaces o no querían atribuir sus problemas a factores psicológicos. Sin embargo, la evidencia empírica de esta relación con el estrés no es tan potente como se creía an-

teriormente aunque, en algunos casos, podría ser un factor clave (*véase* Bennett, 2005b) y, como veremos en el Capítulo 17, si se enseña a los individuos a controlar su estrés se puede lograr una disminución de los síntomas del síndrome del colón irritable. Sin embargo, en la actualidad también se relacionan otros factores con el síndrome del colón irritable. Estos factores incluyen hipersensibilidades a algunos alimentos y la presencia de una bacteria como la *Blastocystis hominis* y la *Helicobacter pylori* (*véase* Singh, Pandey y Singh, 2003).

En el punto de mira

Cáncer

Hay cientos de genes que desempeñan un papel en el crecimiento y la división de las células. Existen tres tipos de control genético de este proceso que pueden contribuir a la proliferación descontrolada de las células, lo que se conoce como cáncer:

1. Los *oncogenes* controlan la secuencia de pasos por los que una célula se agranda, reproduce su ADN, se divide y pasa un conjunto completo de genes a cada una de las células hijas. Cuando mutan, pueden dar lugar a una proliferación excesiva produciendo demasiada proteína estimuladora del crecimiento, o una forma hiperactiva de esta proteína.
2. Los *genes supresores de los tumores* inhiben el crecimiento. La pérdida o desactivación de este gen puede provocar un crecimiento inadecuado debido a la pérdida de este control inhibitorio.
3. Los *genes de control* supervisan y reparan el ADN, que suele verse dañado antes de la reproducción y tiene que ser reparado antes de la división de las células. Sin estos mecanismos de control, se reproduciría un gen dañado dando lugar a una

Suicidio celular

Un tipo de muerte de la célula en el que la célula utiliza un sistema celular especializado para matarse a sí misma.

mutación permanente. Una de las proteínas de control más destacables es la llamada p53, que impiden la reproducción del ADN dañado en la célula normal y promueve el **suicidio celular** de las células con un ADN anormal. Un defecto de la proteína p53 permite que las células que llevan un ADN dañado se reproduzcan y sobrevivan, y se ha descubierto que en la mayoría de los cánceres de los humanos la proteína p53 es defectuosa.

Hay otros factores que también son importantes en el desarrollo de los tumores. Los tumores en crecimiento necesitan una buena irrigación sanguínea. Para conseguirla, se pueden transformar los tejidos locales en células de vasos sanguíneos, permitiendo al tumor que cree su propia fuente de abastecimiento de sangre. Algunos tratamientos modernos del cáncer atacan esta fuente de sangre tanto como la propia masa tumoral. Los tumores también adquieren la capacidad de migrar e invadir otros tejidos, formando masas tumorales en distintos lugares del cuerpo. Este proceso se conoce como metástasis y, en algunos casos, estos tumores secundarios pueden ser más mortíferos que el tumor inicial.

■ Cáncer colorrectal

El cáncer colorrectal es el tercer tipo de cáncer más común en hombres y mujeres. Al igual que en el caso del cáncer de mama, el riesgo de contraer esta enfermedad aumenta tanto por factores biológicos como por factores conductuales, incluyendo factores genéticos, condiciones inflamatorias preexistentes, así como la colitis ulcerosa, y una dieta con elevado contenido en grasa y bajo contenido en fibra. Al igual que en el caso de otros muchos cánceres, se puede describir la enfermedad en función de sus etapas, teniendo las fases superiores un tratamiento más difícil y un peor **pronóstico**:

Pronóstico

El resultado previsto de una enfermedad.

- *Etapla 1*: el cáncer está circunscrito al interior del colon.
- *Etapla 2*: el cáncer atraviesa la pared del intestino y pasa a las capas externas.
- *Etapla 3*: el cáncer afecta a las glándulas linfáticas en el abdomen.
- *Etapla 4*: se han desarrollado metástasis en otros órganos.

El sistema cardiovascular

La principal función del sistema cardiovascular es el transporte de los nutrientes, las células inmunológicas y el oxígeno a los órganos del cuerpo para eliminar los residuos contenidos en ellos. También transporta hormonas de su lugar de producción en el cuerpo a su lugar de acción. El medio de transporte utilizado en este proceso es la sangre: el sistema de bombeo que impulsa la sangre por el cuerpo incluye el corazón y los distintos tipos de vasos sanguíneos:

- *Arterias*: transportan la sangre fuera del corazón, llena de oxígeno y nutrientes. Estos vasos tienen un revestimiento muscular que los permite contraerse o expandirse ligeramente. Esta actividad está controlada por el sistema nervioso autónomo.
- *Arteriolas*: se trata de pequeñas arterias que unen a las grandes arterias con los órganos del cuerpo.
- *Venas*: transportan la sangre de vuelta al corazón, una vez que han tomado de los órganos el dióxido de carbono y diversos residuos. Son más finas que las arterias y, al estar tan alejadas del corazón, tienen una presión muy inferior a aquéllas. La sangre circula por ellas impulsada, en parte por la presión del pulso de la sangre proveniente del corazón (*véase* más adelante) y en parte a través de la acción de los músculos en movimiento. Puesto que durante las actividades cotidianas se contraen grandes grupos de músculos, también impulsan la sangre por las venas. Para impedir que el flujo de sangre regrese por las venas cuando los músculos no están proporcionando una presión positiva, las venas disponen de una serie de válvulas, que permiten que la sangre sólo fluya en una dirección. Cuando el cuerpo está inactivo, este proceso deja de funcionar, por lo que es posible que la sangre ya no fluya libremente por las venas y puede

incluso estancarse y empezar a coagularse: la denominada trombosis venosa profunda, que se puede producir después de vuelos a larga distancia o de otros periodos de inactividad en algunos individuos susceptibles.

Sangre

Exógeno

Relativo a lo que proviene de fuera del cuerpo.

Eritrocito

Célula sanguínea madura que contiene hemoglobina para transportar el oxígeno a los tejidos corporales.

Plaquetas

Pequeños fragmentos de protoplasma que se encuentran en la sangre y que son esenciales para la coagulación sanguínea. Estas células se pegan entre sí para formar un coágulo e impedir el sangrado en el lugar donde se ha producido una lesión.

El cuerpo suele tener unos cinco litros de sangre. Sus elementos constituyentes incluyen un fluido conocido como plasma y diversos tipos de células. Además de las diversas células **exógenas** transportadas por la sangre (nutrientes, oxígeno, etc.), produce sus propias células. Estas células son generadas por células madre en la médula ósea. Se producen tres tipos distintos de células:

1. **Eritrocitos** (o glóbulos rojos): transportan el oxígeno por el cuerpo. En estas células el oxígeno se combina con la hemoglobina de los pulmones y se transporta a las células que necesitan oxígeno, donde se libera, permitiendo la respiración de la célula.
2. **Fagocitos y linfocitos (o glóbulos blancos; véase anteriormente)**: incluyen las células B y T del sistema inmunológico descritas anteriormente en este capítulo.
3. **Plaquetas**: células que reparan las lesiones en el sistema circulatorio. Se agregan (formando un coágulo) en torno al lugar donde se ha producido la lesión e impiden la pérdida de sangre del sistema. También participan en la reparación de las lesiones dentro de las propias arterias y contribuyen al desarrollo del ateroma. Analizaremos este proceso más adelante en este capítulo.

El corazón

El corazón está compuesto por dos bombas independientes que funcionan en paralelo. El lado derecho del corazón participa en el transporte de la sangre hacia los pulmones; el lado izquierdo bombea la sangre al resto del cuerpo (Figura 8.6). Cada lado del corazón tiene dos cámaras (Figura 8.7), conocidas como aurículas y ventrículos. La aurícula derecha toma la sangre desoxigenada de las venas conocidas como vena cava superior e inferior y la bombea al ventrículo derecho. A continuación se bombea la sangre hacia la arteria pulmonar, que la lleva a los pulmones, donde se recoge el oxígeno a través de la hemoglobina. La sangre cargada de oxígeno regresa seguidamente al corazón, entrando por la aurícula izquierda. A continuación se bombea hacia el ventrículo izquierdo y, después, a la arteria principal, conocida como la **aorta**, que lleva la sangre al resto del cuerpo.

Aorta

La principal vía de las arterias sistémicas, que lleva la sangre del lado izquierdo del corazón a las arterias de todos los miembros y órganos excepto los pulmones.

El ritmo cardiaco está controlado por un sistema eléctrico. Este sistema se inicia mediante un impulso eléctrico generado en una zona de la aurícula derecha llamada nódulo sinusal o sinoatrial. Este impulso hace que se contraigan los músculos de las dos aurículas. A medida que avanza la onda

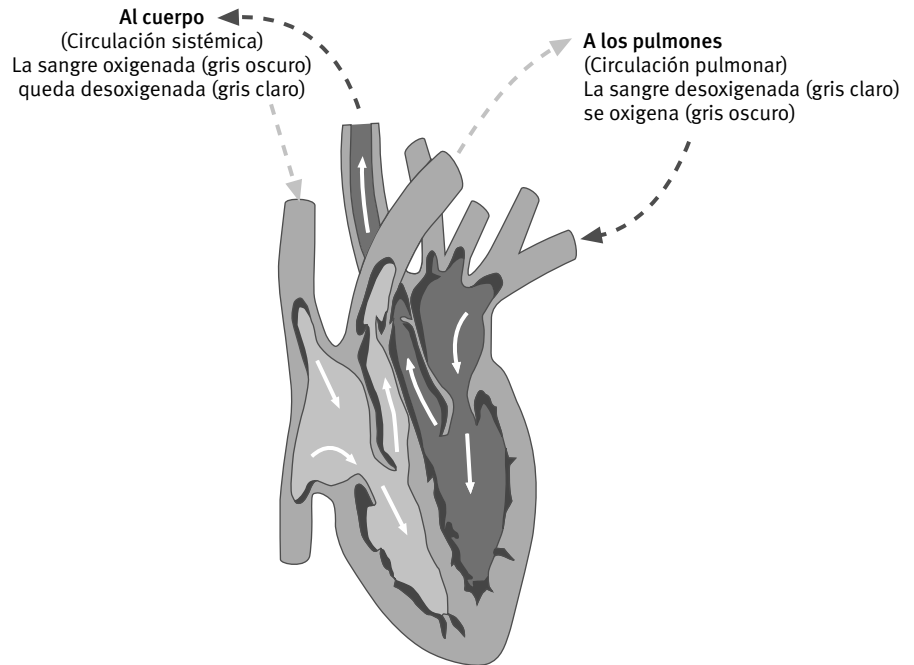


Figura 8.6 El flujo de la sangre en el corazón.

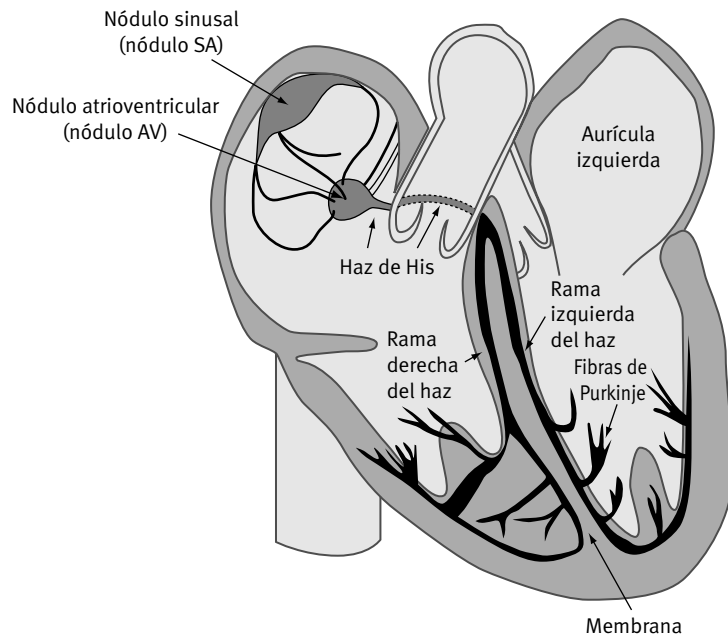


Figura 8.7 Conducción y control eléctrico del ritmo cardíaco.

eléctrica por el músculo del corazón y los nervios, alcanza una zona en la conjunción de la aurícula y los ventrículos conocida como el nódulo atrioventricular (véase la Figura 8.7). Este segundo nódulo dispara, a continua-

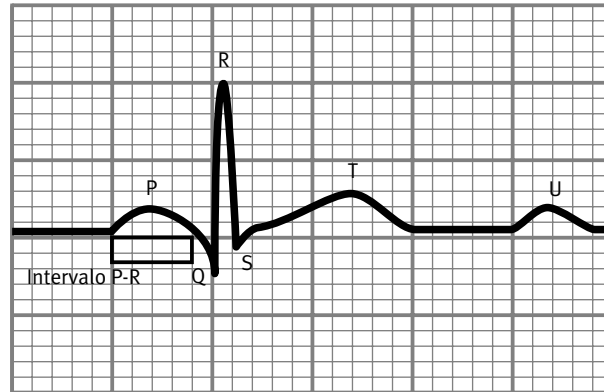


Figura 8.8 Un electrocardiograma de la actividad eléctrica del corazón (véase el texto principal para obtener una explicación).

ción, una nueva descarga eléctrica en el sistema de nervios que incluye el haz de His y las fibras de Purkinje, haciendo que se contraigan los músculos de ambos ventrículos, completando el ciclo. Aunque el nódulo sinusal tiene su propio ritmo, su actividad depende en gran medida del sistema nervioso autónomo.

El electrocardiograma se utiliza para medir la actividad del corazón. Se colocan electrodos sobre el corazón para detectar cada una de las descargas y recargas de los nódulos. La Figura 8.8 muestra el electrocardiograma de un corazón normal, que indica que hay actividad eléctrica en cada etapa del ciclo del corazón.

Desfibrilador

Máquina que utiliza una corriente eléctrica para detener cualquier actividad irregular y peligrosa de los músculos del corazón. Se puede utilizar cuando el corazón se ha parado (parada cardíaca) o cuando está latiendo a un ritmo muy irregular (e ineficaz).

- La onda P indica la actividad eléctrica de la descarga de las aurículas, el tiempo necesario para que el impulso eléctrico del nódulo sinusal se propague por la musculatura auricular.
- El complejo QRS representa la actividad eléctrica de la compresión de los ventrículos.
- La onda T representa la repolarización de los ventrículos.

Cuando el corazón deja de latir, o su ritmo eléctrico es totalmente irregular y no se está bombeando sangre por el cuerpo, los médicos pueden utilizar un **desfibrilador** para estimular un ritmo normal (sinusoidal).

Presión arterial

La presión arterial tiene dos componentes:

1. El grado de presión impuesto a la sangre como resultado de su constricción dentro de las arterias y venas, conocido como *presión arterial diastólica*.
2. Una presión adicional a medida que la onda de la sangre impulsada desde el corazón fluye por el sistema (nuestro pulso), conocida como *presión arterial sistólica*.

Esta presión se mide en milímetros de mercurio (mmHg), que representa la altura de un tubo de mercurio en milímetros que la presión puede impul-

sar hacia arriba (utilizando lo que ahora es un anticuado esfigmomanómetro). Esta presión varía en las distintas partes del cuerpo, siendo máxima cerca del corazón y mínima cuando la sangre está volviendo al corazón. Para normalizar la medición de la presión arterial, se suele medir en la parte superior del brazo. Un nivel saludable de presión arterial es de una presión sistólica inferior a 130-140 mmHg y una presión diastólica inferior a 90 mmHg (que se escribe como 130/90 mmHg: véase también el análisis de la hipertensión más adelante en este mismo capítulo).

La presión arterial está controlada por una serie de procesos fisiológicos. Los que interesan particularmente a los psicólogos son los que afectan al sistema nervioso autónomo. El tronco cerebral (y el hipotálamo) reciben información continua de las terminaciones nerviosas sensibles a la presión denominadas **barorreceptores** situados en las **arterias carótidas** y en la aorta. La información se envía a un centro del tronco cerebral conocido como el centro vasomotor. Las reducciones de la presión arterial o las demandas físicas, como el ejercicio físico, que requieren una mayor presión arterial provocan la activación del sistema nervioso simpático. La activación simpática da lugar a un incremento de la potencia y frecuencia de las contracciones cardíacas (a través de la actividad de los nódulos sinusal y atrioventricular) y una contracción del músculo liso en las arterias. Juntas, estas acciones aumentan la presión arterial y permiten mantener el flujo de sangre a órganos como los músculos en momentos de gran actividad. La actividad parasimpática provoca la reacción contraria.

Barorreceptores

Terminaciones nerviosas sensibles estimuladas por cambios de la presión. Localizados en las paredes de los vasos sanguíneos como el seno carotídeo.

Arteria carótida

La principal arteria que lleva la sangre del corazón al cerebro a través del cuello.



¿Cómo afectan la cafeína, el tabaco y el alcohol a la presión sanguínea?

Las personas que beben una importante cantidad de alcohol tienen de una y media a dos veces más riesgo de desarrollar hipertensión que las personas que no beben. La relación entre el alcohol y la elevada presión arterial es particularmente notable cuando la ingesta de alcohol supera las cinco bebidas al día. Además, la relación es un fenómeno dependiente de la dosis. En otras palabras, cuanto más alcohol se consume, más fuerte es la relación con la hipertensión (por ejemplo, Saremi, Hanson, Tulloch-Reid *et al.*, 2004).

El tabaco también aumenta el riesgo de enfermedades coronarias y de infartos cerebrales en los individuos que ya tienen hipertensión, aunque no está fuertemente relacionado con el desarrollo de la hipertensión. No obstante, fumar un cigarrillo puede provocar un aumento inmediato y temporal de la presión arterial de 5 a 10 mmHg. Sin embargo, los fumadores empedernidos pueden, de hecho, tener una menor presión arterial que los no fumadores. Esto se debe a que la nicotina de los cigarrillos reduce el apetito, lo que provoca una pérdida de peso. Esto, a su vez, reduce la presión arterial. Dejar de fumar puede provocar un aumento de la ingesta de alimentos y un incremento del peso (por ejemplo, Janzon, Heblad, Berglund *et al.*, 2004).

Finalmente, existe una amplia evidencia empírica que demuestra que los niveles normales de cafeína pueden aumentar la presión arterial. En general, el impacto de la cafeína sobre la presión arterial de la población será probablemente modesto, tal vez de en torno a 4 mmHg de presión diastólica y 2 mmHg de presión sistólica. A pesar de este incremento relativamente moderado de la presión arterial, James (2004) estima que podría contribuir al 14 por ciento de las muertes prematuras por enfermedades coronarias y al 20 por ciento de las muertes debidas a infartos cerebrales.

¿Deberían actuar los responsables de la sanidad pública para paliar los riesgos relacionados con este tipo de conducta? ¿Deberíamos imprimir advertencias sanitarias en el café, el té y el alcohol? ¿Debería la publicidad advertir que el café (y otras bebidas que contienen cafeína) pueden ser perjudiciales? ¿Cuáles son los límites de la promoción de la salud y cómo puede el Estado proponer cuál debe ser nuestro consumo de sustancias potencialmente peligrosas: té, café, suplementos de cafeína, alcohol, cigarrillos, marihuana? Al fin y al cabo, cualquier límite será arbitrario, y algo que tenemos que analizar.

Enfermedades del sistema cardiovascular

■ Hipertensión

La hipertensión es una condición en la que la presión arterial en reposo es significativamente superior a los niveles considerados normales (véase la Tabla 8.2).

Tabla 8.2 Mediciones habituales de la presión arterial en individuos normales y con hipertensión

	Diastólica (mmHg)	Sistólica (mmHg)
Normal	< 90	< 140
Hipertensión moderada	90-99	140-159
Hipertensión	> 100	> 160

Se han identificado dos causas generales de la hipertensión:

1. *Hipertensión secundaria*: aquí, la hipertensión se debe a un proceso de enfermedad, que suele afectar a los riñones, las glándulas adrenales o la aorta. Este tipo de hipertensión representa aproximadamente el 5 por ciento de los casos.
2. *Hipertensión esencial (primaria)*: en la mayoría de los casos, no hay una enfermedad conocida que provoque el problema. Parece ser la consecuencia «normal» de una serie de factores de riesgo, como la obesidad, la falta de ejercicio físico y una elevada ingesta de sal. Es una condición progresiva, y las personas que la padecen suelen experimentar un aumento paulatino de la presión arterial a lo largo de los años.

El estrés psicológico también podría contribuir al desarrollo de la hipertensión esencial (por ejemplo, Ming, Adler, Kessler *et al.*, 2004). En momentos de estrés, la actividad simpática aumenta el tono muscular de las arterias y la potencia de las contracciones del corazón, y ambos factores contribuyen a incrementos a corto plazo de la presión arterial, que después disminuye cuando la actividad parasimpática sigue a un periodo de estrés. Sin embargo, si el estrés es sostenido o frecuente, la actividad del sistema nervioso simpático empieza a dominar y eleva paulatinamente la presión arterial durante periodos más largos, hasta que el individuo desarrolla una presión arterial elevada crónica.

La hipertensión puede existir y pasar desapercibida durante muchos años, incluso décadas. Normalmente se considera un síndrome con muy pocos síntomas, si hay alguno, y muchos casos de hipertensión se detectan durante chequeos rutinarios (véase el Capítulo 6). Si la elevada presión sanguínea no tiene síntomas, ¿por qué deberíamos preocuparnos por tratarla? Para niveles reducidos de elevada presión arterial (hipertensión moderada) algunos afirman que el tratamiento médico puede, de hecho, tener pocos beneficios, y que los efectos secundarios del tratamiento podrían ser mayores que sus beneficios (aunque esta postura está ahora siendo puesta en duda a medida que se utilizan nuevos fármacos para tratar la condición: véase Weber y Julius, 1998). Sin embargo, a medida que aumenta la presión arterial, también incrementa la magnitud del daño que puede provocar. Una elevada presión arterial aumenta el riesgo de ataques al corazón (infartos de miocardio; véase más adelante), infartos cerebrales, disfunción renal, lesiones oculares e **insuficiencia cardiaca**. También contribuye al desarrollo del ateroma, trastorno que se describe más adelante.

Insuficiencia cardiaca

Situación en la que el músculo del corazón está dañado o debilitado y es incapaz de generar una producción cardiaca suficiente como para satisfacer las demandas del cuerpo.

En el de mira

La vida y muerte (heroica) de John Henry

John Henry nació esclavo en Estados Unidos en la década de 1840 o 1850. Así pues, ¿qué tiene que ver con la psicología actual? Bueno, la leyenda afirma que era un hombre grandioso, que plantaba cara a cualquier reto que se le plantease, una característica que terminó llevándole a la muerte. Murió trabajando en un túnel bajo las montañas para el ferrocarril en Virginia Occidental. Una de sus tareas consistía en hacer agujeros en la roca, que después se rellenaban con explosivos para hacerlos estallar para hacer el túnel. Cuando los propietarios del ferrocarril trajeron taladradoras de vapor para hacer el trabajo de forma más rápida y barata, retó a la máquina a hacer una competición. Ganó la competición, pero murió de agotamiento al poco tiempo. Su nombre se ha convertido ahora en sinónimo de un proceso que, al menos inicialmente, se creía que provocaba la hipertensión entre los varones de color: John Henrismo.

La hipertensión es particularmente prevalente entre los afroamericanos. Los negros en Estados Unidos tienen cuatro veces más probabilidades que los blancos de desarrollar hipertensión cuando cumplen los 50 (Roberts y Rowland, 1981). Se cree que una de las

causas es que las personas negras se encuentran con más frecuencia en situaciones que requieren un gran esfuerzo, afrontando difíciles factores de estrés psicológico (pobreza, racismo, etc.) que sus homólogos blancos. Este esfuerzo elevado crónico para afrontar los problemas da lugar a un incremento crónico y sostenido del ritmo cardiaco y de la presión arterial. Esto, a su vez, anula el proceso homeostático del cuerpo e impulsa crecientemente hacia arriba la presión arterial en reposo hasta que se desarrolla una hipertensión a largo plazo. Aunque inicialmente se considera un problema de los varones negros, el proceso se ve cada vez más como el resultado del estrés relacionado con un nivel socioeconómico bajo, y puede explicar parte de las desigualdades de la salud analizadas en el Capítulo 2.

■ Enfermedad cardiovascular

Lipoproteínas de baja densidad (LDL)

La principal función de las lipoproteínas LDL parece ser el transporte del colesterol a los diversos tejidos del cuerpo. A veces se conocen como colesterol «malo», porque un elevado nivel de LDL está directamente correlacionado con las enfermedades cardiovasculares.

Lipoproteínas de alta densidad (HDL)

Las lipoproteínas (HDL) son compuestos proteínicos grasos que hay en la sangre y que transportan el colesterol, los triglicéridos y otros lípidos a los diversos tejidos. La principal función del HDL parece ser la de transportar el exceso de colesterol al hígado para «reempaquetarlo» o excretarlo en la bilis. Los mayores niveles de HDL parecen proteger contra las enfermedades cardiovasculares, por lo que a veces se conoce el HDL como colesterol «bueno».

Al igual que la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares suelen ser una enfermedad silenciosa en tanto en cuanto se pueden desarrollar a lo largo de muchos años antes de hacerse patentes. En efecto, se puede tener una importante enfermedad cardiovascular y no ser consciente nunca de padecer esta condición. El elemento silencioso y a largo plazo de la enfermedad cardiovascular es el desarrollo del ateroma en los vasos sanguíneos. Esto puede dar lugar a manifestaciones más evidentes de la enfermedad cardiovascular, incluyendo un infarto de miocardio y una angina de pecho (*véase* más adelante).

Ateroma

En la actualidad se entiende que el ateroma es el resultado de un proceso de lesión y reparación de las paredes arteriales y de procesos inflamatorios que implican al sistema inmunológico. Uno de los elementos clave constituyentes del ateroma es el colesterol. Se trata de una sustancia cerosa presente en el plasma sanguíneo y en todos los tejidos animales. También es un elemento químico clave del cuerpo. Sin él, las células de todo el cuerpo no podrían mantener la integridad de sus paredes, y contraeríamos enfermedades graves o moriríamos. Por otra parte, un nivel excesivo de colesterol puede resultar pernicioso.

Para llegar a las paredes de las células del cuerpo y poder repararlas y mantenerlas, es necesario transportar el colesterol por el cuerpo a través del flujo sanguíneo. Sin embargo, el colesterol es insoluble en la sangre. Para permitir este transporte, se pega a grupos de proteínas llamadas lipoproteínas. Las **lipoproteínas de baja densidad (LDL)** transportan el colesterol a los diversos tejidos y células del cuerpo, donde se separa de las lipoproteínas y es utilizado por la célula. También puede ser absorbido en el ateroma de la superficie interior de los vasos sanguíneos. Las **lipoproteínas de alta densidad (HDL)** transportan el colesterol excedente o no utilizado de los tejidos de vuelta al hígado, donde se descompone en ácidos bilícos y después se expulsa. Las lipoproteínas de baja densidad se describen, por tanto, como colesterol «perjudicial»: las lipoproteínas de alta densidad se consideran protectoras de la salud. Aunque parte del colesterol se

absorbe a partir de nuestros alimentos a través de los intestinos, aproximadamente el 80 por ciento del colesterol de nuestros cuerpos se produce en el hígado.

El desarrollo de la aterosclerosis:

1. *Aterosclerosis temprana*: se depositan capas de grasa en las paredes de las arterias. Se suelen depositar en lugares donde el flujo sanguíneo está perturbado, como en las bifurcaciones de las arterias. Se producen como parte de un proceso de reparación de lesiones de la pared arterial provocadas por la perturbación del flujo sanguíneo y por incrementos de la presión relacionada con una elevada presión arterial vinculada a la activación simpática. En este proceso, los monocitos inflamatorios, que son los precursores de los macrófagos (*véase* la sección anterior de este capítulo sobre el sistema inmunológico), absorben el colesterol LDL de la corriente sanguínea para convertirse en lo que se conoce como células espumosas. Estas células crean una capa sobre el recubrimiento de la arteria dañada. A medida que mueren las células espumosas, pierden su contenido de LDL, dando lugar a acumulaciones de colesterol que se crean entre las células espumosas y la pared arterial. La presencia de las células espumosas puede desencadenar el crecimiento de células del músculo liso de la pared arterial para cubrirlas. Así, las paredes de la arteria están recubiertas de lípidos, células espumosas y, finalmente, una pared de músculo liso. Este proceso provoca una reducción paulatina del diámetro de la arteria.
2. *Aterosclerosis a largo plazo*: la evolución de la aterosclerosis depende de la influencia relativa de los monocitos inflamatorios y el desarrollo del músculo liso. Los monocitos y las posteriores células espumosas se suman al desarrollo de la aterosclerosis; la creación del músculo liso repara la arteria y proporciona una pared arterial lisa, aunque con un menor diámetro. En ocasiones, los coágulos de colesterol y de células espumosas pueden ser arrancados de la pared arterial, dando lugar a dos resultados potenciales:
 - Un coágulo bloquea la arteria en un órgano clave como el corazón, lo que provoca un infarto de miocardio (*véase* más adelante).
 - La lesión en la pared arterial desencadena profundos procesos de reparación, incluyendo el depósito de plaquetas en torno al lugar dañado antes de que se añadan más células del músculo liso sobre la lesión, aumentando drásticamente el grado de oclusión de la arteria.

La distribución del ateroma dentro de sistema circulatorio no es uniforme en todo el cuerpo. Puede estar más desarrollado en torno a las confluencias de las arterias debido a que las perturbaciones del flujo sanguíneo en estos puntos pueden facilitar estos procesos, pero las arterias coronarias también son una de las zonas con más probabilidades de verse afectadas.

■ Manifestaciones agudas de las enfermedades cardiovasculares

Infarto de miocardio

Como hemos señalado anteriormente en este capítulo, un punto final importante de las enfermedades cardiovasculares se produce cuando un coágulo es arrancado de una pared arterial y pasa a circular por la corriente sanguínea. Esto puede ser un suceso benigno, sin ninguna repercusión para la salud del individuo. Sin embargo, si el coágulo circulante tiene un diámetro mayor que los vasos sanguíneos por los que transcurre, bloqueará inevitablemente esos vasos sanguíneos e impedirá el flujo de sangre más allá de ese punto. Este bloqueo (oclusión) puede provocar importantes problemas de salud si se produce en las arterias que abastecen de oxígeno y nutrientes al corazón. Salvo que se trate rápidamente, las células del músculo del corazón dejarán de recibir sus nutrientes y oxígeno y morirán, un proceso que se conoce como infarto de miocardio. La gravedad de la lesión que se produce debido a este proceso depende de la dimensión del vaso sanguíneo afectado (cuanto más grande, peor) y de la parte del corazón que resulte dañada.

Los síntomas clásicos del infarto de miocardio incluyen lo que se suele denominar «un intenso dolor de pecho». El individuo afectado puede tener la sensación de que tiene oprimido el pecho. Otros síntomas son la falta de aliento, tos, dolor que baja por el brazo izquierdo, mareos y/o colapso, náusea, vómitos y sudoración. Un infarto de miocardio puede ser mucho menos dramático. En efecto, muchos individuos no acuden al médico ante un infarto de miocardio porque sus síntomas son vagos y pueden ser confundidos con indigestión o acidez gástrica, y el individuo afectado espera que los síntomas pasen sin tratamiento. Tal vez el síntoma más extraño de un infarto de miocardio es el dolor de muelas, ¡aunque no le recomendamos que acuda a su hospital quejándose de padecer un ataque al corazón si tiene la desgracia de padecer este problema! Aproximadamente el 45 por ciento de los individuos morirán por su infarto de miocardio de forma inmediata o aproximadamente una semana más tarde. La mayoría de estas personas consiguen recuperarse. Esto se puede promover con el tratamiento de fármacos conocidos como «**destructores de coágulos**» o trombolíticos. Estos fármacos disuelven el coágulo que bloquea la arteria y, si se administran en la hora posterior al infarto, pueden prevenir una lesión permanente del músculo, que se producirá si no se administran.

Destructores de coágulos
Fármacos que disuelven los coágulos asociados con el infarto de miocardio y previenen la lesión del corazón que se produce tras este suceso. Son más eficaces si se utilizan en el plazo de una hora después del infarto.

Angina de pecho

Angina de pecho
Dolor agudo en el pecho relacionado con un aporte temporal insuficiente de sangre al corazón.

El principal síntoma de la **angina de pecho** es parecido al de un infarto de miocardio. Se trata de un dolor en el centro del pecho que puede extenderse al hombro izquierdo, la mandíbula, el brazo u otras partes del pecho. Algunos pacientes pueden confundir el dolor en el brazo o en el hombro con artritis o con indigestión. Es una condición transitoria que se produce cuando el músculo del corazón necesita más oxígeno del que pueden pro-

En el punto de mira

Según el Royal College of Physicians británico, la administración de fármacos destructores de coágulos salva aproximadamente 30 de cada 1.000 pacientes tratados. Se estima que se podría aumentar esta proporción, tal vez hasta 65 de cada 1.000, si el tratamiento se administrase en la primera hora tras la aparición de los síntomas. El problema es que sólo el 55 por ciento de los pacientes con un infarto de miocardio ingresa en el hospital, donde puede recibir tratamiento médico, en el plazo de una hora desde su aparición, lo que hace que estos fármacos tengan escaso beneficio.

Una de las razones más importantes del retraso es que los pacientes no están seguros de que sus síntomas sean graves, y que hay más probabilidades de que busquen ayuda médica si hay alguna persona con ellos en el momento en que se produce el infarto. La mayoría de nosotros conocemos los síntomas agudos y drásticos que pueden indicar un infarto de miocardio. Sin embargo, es posible que no seamos tan conscientes de los síntomas potencialmente vagos que pueden acompañar al infarto. Por supuesto, una reacción excesiva a este tipo de síntomas podría dar lugar a un desbordamiento de los servicios sanitarios por tanta «preocupación preventiva». Así que los servicios sanitarios se encuentran ante un claro dilema: educar al público sobre el hecho de que el infarto de miocardio puede estar relacionado con síntomas vagos, incluyendo náuseas, sentimiento de debilidad, leve dolor en el pecho, y terminar provocando potencialmente un desbordamiento de los servicios sanitarios. O no advertir al público, y muchos individuos pueden retrasar su visita en búsqueda de tratamiento hasta que es demasiado tarde. No es fácil ofrecer una educación adecuada al público.

Sin embargo, hay otra forma de acelerar la administración del tratamiento. El retraso se puede dividir en dos componentes. El paciente retrasa ponerse en contacto con los servicios sanitarios y el retraso entre que se llama a la ambulancia y se recibe tratamiento, normalmente en el hospital. Una forma alternativa y potencialmente más atractiva de minimizar el retraso entre la aparición del infarto y el tratamiento específico es permitir que el personal de la ambulancia pueda tratar al paciente utilizando destructores de coágulos. Aunque esto tiene beneficios evidentes, y los servicios de urgencias están analizando la posibilidad de aplicar este sistema, también puede provocar una serie de problemas. En concreto, el tratamiento exigiría que el personal de la ambulancia hiciera el diagnóstico y administrara un fármaco que tiene potencialmente efectos secundarios negativos. Estas responsabilidades suelen estar en manos del personal médico, que no puede acudir a todas las emergencias. El que estas responsabilidades terminen en manos del personal de la ambulancia, permitiendo potencialmente salvar vidas, constituye un acalorado debate.

Vasoespasmos

Situación en la que los músculos de las paredes arteriales del corazón se contraen y relajan rápidamente, lo que da lugar a una reducción del flujo de sangre por la arteria.

porcionar las arterias del corazón. Suele ser desencadenado por el esfuerzo o el estrés. Puede deberse a tres causas subyacentes:

1. Lesiones ateromatosas de las arterias coronarias, que reducen su diámetro y limitan el flujo sanguíneo.
2. **Vasoespasmos** de las arterias coronarias, que provoca una reducción temporal de su diámetro.
3. Una combinación de las dos anteriores.

La angina de pecho clásica se asocia con elevados niveles de ateroma en las arterias coronarias y se produce cuando el flujo sanguíneo no satisface las necesidades del músculo del corazón. El esfuerzo físico, el estrés emocional y la exposición al frío se encuentran entre los factores desencadenantes de este tipo de angina. Un segundo tipo de angina de pecho, conocida como angina variante, se debe a espasmos en las arterias coronarias. Esto provoca una significativa reducción del diámetro de las arterias y una reducción del flujo sanguíneo que circula por ellas. Este efecto se puede ver exacerbado por las reducciones del diámetro normal de las arterias debido al ateroma. A diferencia de la angina clásica, la angina variante suele producirse en situaciones de reposo y puede originarse por la noche. No se comprende exactamente qué es lo que hace que se produzcan espasmos en las arterias coronarias. Puede deberse a la actividad del sistema nervioso simpático o a problemas en los procesos relacionados con el calcio durante la activación de las neuronas.

El sistema respiratorio

El sistema respiratorio aporta oxígeno a la sangre y elimina dióxido de carbono de la misma. El cambio de oxígeno y dióxido de carbono se produce en los pulmones. El sistema comprende:

- el *tracto respiratorio superior*, que comprende la nariz, la boca, la laringe y la tráquea;
- el *tracto respiratorio inferior*, que incluye los pulmones, los bronquios, los bronquiolos y los alvéolos. Cada pulmón está dividido en un lóbulo superior y otro inferior; el lóbulo superior del pulmón derecho tiene una tercera subdivisión conocida como el lóbulo medio derecho.

Los bronquios transportan el aire de la boca a los pulmones. Al introducirse en los pulmones, se dividen en bronquios más pequeños, y después en tubos más pequeños denominados bronquiolos (véase la Figura 8.9). Los bronquiolos contienen diminutos pelos llamados cilios, que se mueven rítmicamente para barrer los residuos fuera de los pulmones hacia la faringe para expulsarlos, y forma así parte del elemento mecánico del sistema inmunitario (véase anteriormente en este mismo capítulo). Los bronquiolos acaban en bolsas de aire llamadas alvéolos: pequeños «globos» de paredes finas, que se encuentran rodeados de diminutos capilares sanguíneos. Cuando inspiramos, la concentración de oxígeno es mayor en los alvéolos que en la hemoglobina de la sangre que pasa por los capilares. Por ello, el oxígeno se expande por las paredes alveolares dentro de la hemoglobina. Cuando espiramos, la concentración de dióxido de carbono en la sangre es mayor que en los alvéolos, por lo que pasa de la sangre a los alvéolos y después se expulsa.

La respiración es el acto de respirar, que comprende la inspiración y la espiración:

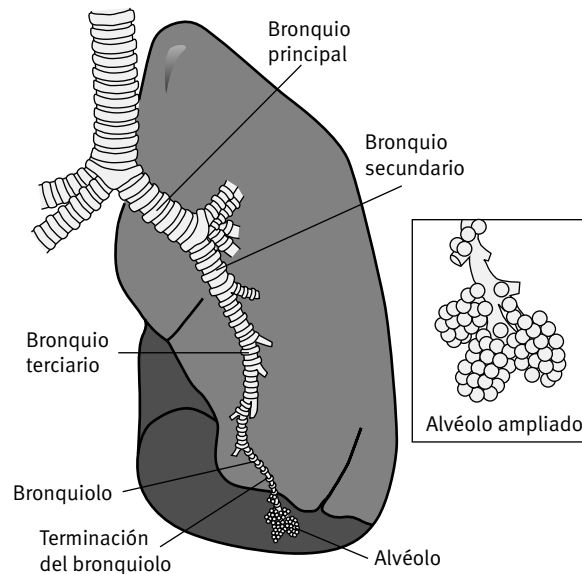


Figura 8.9 Diagrama de los pulmones en el que se muestran los bronquios, los bronquiolos y los alvéolos.

- **Inspiración:** hay dos conjuntos de músculos que participan en la inhalación. El principal músculo es el diafragma. Se trata de músculo plano en forma de bóveda que divide el abdomen y se encuentra inmediatamente debajo de los pulmones. La contracción de este músculo tira de los pulmones hacia abajo y hace que aspiren aire. El segundo conjunto de músculos se conoce como los músculos intercostales. Se encuentran entre las costillas y pueden expandir el pecho, introduciendo de nuevo aire en los pulmones.
- **Espiración:** relajación del diafragma y de los músculos intercostales que permite que los pulmones se contraigan, reduzcan el volumen pulmonar e impulsen el aire fuera de ellos. A continuación el aire fluye pasivamente hacia fuera.

El ritmo de respiración está controlado por los centros respiratorios en el tronco cerebral. Estos centros reaccionan a:

- La concentración de dióxido de carbono en la sangre (las elevadas concentraciones de dióxido de carbono inician una respiración más rápida y profunda).
- La presión del aire en el tejido pulmonar. La expansión de los pulmones estimula los receptores nerviosos que indican al cerebro que «apague» la inspiración. Cuando los pulmones se colapsan, los receptores dan la señal de «encendido», lo que se conoce como el reflejo de Hering-Breuer.

Otros reguladores automáticos incluyen un aumento de la presión arterial, que enlentece la respiración, una disminución de la acidez de la sangre, que estimula la respiración, y una súbita caída de la presión arterial, que aumenta el ritmo y la profundidad de la respiración.

Hallazgos de la investigación

Matthews, K. A., Katholi, C. R., McCreath, H., Whoolry, M. A., Williamson, D. R., Zhu, S. y Markovitz, J. H. (2004). Blood pressure reactivity to psychological stress predicts hypertension in the CARDIA study. *Circulation*, 100: 74-78.

Este artículo analiza si la reactividad de la presión arterial permite predecir la hipertensión a largo plazo. El equipo utilizó un método longitudinal, midiendo la reactividad de la presión arterial en un momento dado y la hipertensión hasta 13 años más tarde para ver si las mediciones iniciales predecían los niveles posteriores de la presión arterial. La hipótesis de partida era que un gran incremento de la presión arterial como reacción a un estrés psicológico, medido al inicio del estudio, permitía predecir la presión sanguínea en estado de reposo cuando se midiera posteriormente.

Método

El estudio CARDIA es un estudio longitudinal con, inicialmente, 5.115 varones y mujeres, blancos y de color, reclutados en diversas partes de Estados Unidos. Al inicio del estudio tenían edades comprendidas entre los 18 y los 30 años. Dos años después de iniciado el estudio, se midió la reactividad de su presión arterial comparando la presión arterial en estado de reposo y durante tareas «estresantes». En este momento todavía había 4.624 participantes en el estudio. De éstos, 422 participantes no tomaron parte del estudio de reactividad. Por consiguiente, la muestra del estudio constaba de 4.202 individuos que tenían, todos, una presión arterial normal al inicio.

Se hicieron mediciones posteriores de la presión arterial tres, cinco, ocho y 13 años después de estas mediciones iniciales. El estudio analizaba si se podían deducir los niveles de presión arterial y el desarrollo de hipertensión durante el periodo del estudio a partir de la reactividad de la presión arterial al inicio.

Recogida de datos

Se midió la presión arterial en estado de reposo, en cada ocasión, utilizando un esfigmomanómetro de mercurio. Se tomaron tres mediciones a intervalos de un minuto, y se calculó el promedio de las dos últimas para obtener el valor final de la presión arterial en estado de reposo.

Al inicio del estudio, se añadió a esta medida la lectura de la presión arterial durante tres pruebas de estrés. El periodo de pruebas incluyó un periodo de línea base de ocho minutos durante el que los participantes permanecían sentados en silencio, seguido de tres tareas:

1. Un videojuego de tres minutos (Breakout de Atari: un videojuego de tecnología punta en el momento de recopilación de los datos de la línea base).
2. Una tarea de seguimiento de una estrella durante tres minutos: los participantes tenían que seguir la imagen de una estrella mirando el dibujo en un espejo.
3. Una tarea de resistencia al frío: consistía en meter la mano en agua fría durante 45 segundos.

Las tareas se realizaban en orden aleatorio. Se medía la presión arterial utilizando una máquina de medición automática de la presión arterial a intervalos de un minuto durante

el periodo de línea base y durante las dos primeras tareas, y se medía en una sola ocasión durante la tarea de resistencia al frío (el artículo no especifica en qué momento).

Se calculó la reactividad de la presión arterial restando la media de las tres mediciones iniciales de la presión media durante cada tarea.

Resultados

Los participantes tenían, de media, 27 años de edad en el momento de realizarse las pruebas. Se analizaron los resultados teniendo en cuenta el sexo y el grupo étnico:

- Las personas negras mostraban mayores incrementos de la presión diastólica durante el videojuego y la tarea de resistencia al frío que las blancas.
- Los varones mostraban mayores incrementos de la presión diastólica que las mujeres durante la prueba de resistencia al frío y la prueba de seguimiento de la estrella y mayores incrementos de la presión sistólica durante el videojuego y la tarea de seguimiento de la estrella.
- Cuando se valoró el riesgo de hipertensión a largo plazo, los principales factores de predicción eran una mayor edad en el momento de la prueba, un menor nivel de educación, un mayor índice de masa corporal, y una mayor presión diastólica o sistólica en reposo. Sin embargo, las mayores variaciones de la presión sistólica y diastólica durante todas las tareas eran significativas en las ecuaciones de regresión utilizadas para predecir si los participantes serían hipertensos o no en cada una de las valoraciones posteriores.
- La relación entre reactividad y las medidas posteriores de la presión arterial difería en función de la raza, el sexo y la tarea.
- La reactividad al videojuego predicha previamente aumentaba la presión diastólica tanto de varones blancos como negros, pero no de las mujeres.

Discusión

Estos datos sugieren que la reactividad de la presión arterial durante una tarea estresante aumenta el riesgo de desarrollar hipertensión. Sin embargo, los autores señalan que no se comprende el mecanismo por el que se produce este proceso. También es necesario señalar que los efectos eran bastante pequeños y específicos. El efecto de la reactividad de la presión arterial sobre los niveles posteriores de la presión arterial puede ser significativo pero, teniendo en cuenta todas las demás influencias potenciales sobre la presión arterial, como el consumo de tabaco y la ingesta de sal, no se puede considerar como un efecto potente.

Enfermedades del sistema respiratorio

■ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Se denomina **enfermedad pulmonar obstructiva crónica** a un conjunto de enfermedades pulmonares caracterizado por un flujo de aire limitado en las vías respiratorias debido a una lesión de los alvéolos. Sus manifestaciones más frecuentes son el **enfisema** y la **bronquitis crónica**. La causa principal de ambas condiciones es el consumo de tabaco. El uso prolon-

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Obstrucción permanente de las vías respiratorias relacionada con la presencia de bronquitis crónica, enfermedades menores de las vías respiratorias, asma y enfisema.

Enfisema

Un efecto a largo plazo de la infección o irritación crónica de los tubos bronquiales. Cuando se irritan los bronquios, parte de las vías respiratorias puede quedar obstruida o se pueden rasgar las paredes de los pequeños espacios de aire, atrapando el aire en el pulmón. Por ello, los pulmones se pueden expandir pero, al mismo tiempo, son menos eficientes en el intercambio de oxígeno por dióxido de carbono.

Bronquitis crónica

Inflamación de los bronquios, las principales vías de aire en los pulmones, que persiste durante un largo periodo de tiempo o se reproduce repetidas veces. Se caracteriza por una excesiva mucosidad bronquial y una tos que produce esputos durante tres meses o más, al menos, en dos años consecutivos.

gado del tabaco provoca la inflamación de los pulmones y distintos grados de obstrucción de los alvéolos. La bronquitis crónica surge de la inflamación y el consiguiente estrechamiento de las vías respiratorias. El enfisema se produce por la destrucción de los alvéolos, lo que da lugar a una menor elasticidad pulmonar y a reducciones de la superficie en la que se intercambia oxígeno y dióxido de carbono. Ambas condiciones dan lugar a una falta de aliento significativa y, a largo plazo, una tos improductiva (que no produce flema) y una marcada reducción de la capacidad de hacer ejercicio. Los casos graves de cada condición pueden obligar al individuo afectado a recibir una provisión constante de oxígeno.

Las alteraciones se producen por la exposición de los alvéolos a elementos irritantes, ya sea debido a ser un fumador activo o pasivo o a vivir o trabajar en un entorno contaminado. Aproximadamente el 15 por ciento de los fumadores, a largo plazo desarrollará una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Mannino, 2003). Con menos frecuencia, la deficiencia de una enzima llamada alfa-1 antitripsina puede provocar el enfisema entre personas no fumadoras.

■ Cáncer de pulmón

El cáncer de pulmón es el segundo tipo de cáncer más frecuente que afecta a ambos sexos. A medida que las mujeres empezaron a fumar a partir de la Segunda Guerra Mundial, las tasas de cáncer de pulmón en este grupo han aumentado, mientras que han disminuido las de los hombres (Tyczynski, Bray, Aareleid *et al.*, 2004). Los factores clave del cáncer de pulmón incluyen:

- fumar
- exposición a carcinógenos, incluyendo los asbestos y el radón.

Se han identificado dos tipos distintos de cáncer de pulmón:

1. Cáncer de células pequeñas. El principal tratamiento es la quimioterapia. La supervivencia depende de la etapa de la enfermedad. Para un cáncer de este tipo en una etapa inicial, las tasas de curación pueden ser de hasta el 25 por ciento, mientras que las tasas de curación de la enfermedad en una etapa posterior son inferiores al 5 por ciento.
2. Cáncer de células no pequeñas (entre el 70% y el 80% de los casos). El principal tratamiento de este tipo de cáncer requiere la extirpación del cáncer tumor mediante cirugía. Cuando el tumor es pequeño y no se ha extendido, hasta el 50 por ciento de los afectados pueden sobrevivir. El pronóstico es peor cuanto más grande es el tumor. Cuando el tumor se ha extendido y afecta a los nódulos linfáticos, casi nunca se puede curar la enfermedad, y el objetivo de la terapia es aumentar la duración de la vida y mejorar la calidad de vida (Beadsmoore y Screaton, 2003).

En el punto de mira

Roncar: una advertencia sanitaria

El 45 por ciento de los adultos normales ronca al menos ocasionalmente, y el 25 por ciento ronca de manera habitual. Es más frecuente entre los varones y los individuos con exceso de peso. Normalmente empeora con la edad. El ronquido es el resultado de una obstrucción del flujo libre de aire por los pasajes en la parte posterior de la boca y en la nariz. Esta zona es la parte plegable de las vías respiratorias, donde la lengua y el techo de la garganta se unen al paladar suave y a la úvula o campanilla. El ronquido se produce cuando estas estructuras chocan entre sí y vibran durante el proceso de respiración.

El ronquido plantea a quien lo padece, y a quienquiera que lo acompañe durante el sueño, una serie de problemas a corto plazo. Pero también puede constituir un factor de riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular. En un gran estudio longitudinal, Hu, Willett, Manson *et al.* (2000) hicieron un seguimiento de un grupo de 71.779 mujeres enfermeras durante un periodo de ocho años. Las mujeres que afirmaban al inicio del estudio que roncaban ocasionalmente tenían una probabilidad un 20 por ciento superior de padecer, o bien un infarto de miocardio, o un infarto cerebral durante este periodo. Las personas que roncaban habitualmente tenían una probabilidad un 33 por ciento superior. Ambos grupos también corrían un mayor riesgo de infarto que las personas que no roncaban. Estos riesgos eran independientes de la edad, de fumar, del índice de masa corporal y de otros factores de riesgo cardiovascular, lo que sugiere que el ronquido se suma de forma independiente al riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular en las mujeres. El ronquido también puede aumentar el riesgo de desarrollar hipertensión (Ohayon, Guilleminault, Priest *et al.*, 2000), aunque todavía no se comprende el proceso implicado en cada una de estas condiciones.

El ronquido también puede estar relacionado con un problema más grave, en el que la respiración queda totalmente obstruida, conocida como la apnea obstructiva del sueño. Los episodios pueden durar más de 10 segundos y pueden producirse cientos de veces por la noche. Cada episodio puede reducir los niveles de oxígeno en sangre, haciendo que el corazón lata más fuerte de lo habitual durante el sueño. Además, la persona que ronca tiene un sueño ligero y mantiene los músculos tensos para poder mantener el flujo de aire a los pulmones. Esto puede hacer que se sienta cansado durante el día. A más largo plazo, la tensión crónica impuesta al corazón puede dar lugar a una elevada presión arterial y al engrandecimiento del corazón.

Resumen

Este capítulo ha revisado parte de la anatomía y la fisiología relevante para la psicología de la salud y para otros capítulos de este manual. En el primer apartado se han descrito brevemente las funciones clave del cerebro y dónde se ubican en el mismo. Las áreas funcionales clave incluyen:

- El bulbo raquídeo, que controla la respiración, la presión arterial y el ritmo cardíaco.

- El hipotálamo, que controla el apetito, la excitación sexual y la sed. También ejerce cierto control sobre nuestras emociones.
- La amígdala, que relaciona las situaciones de amenaza y las emociones relevantes, como el miedo o la ansiedad, y controla la respuesta del sistema nervioso autónomo a esas amenazas.

Uno de los sistemas clave controlados por el cerebro es el sistema nervioso autónomo. Éste está compuesto por dos conjuntos de nervios paralelos:

1. El sistema nervioso simpático es responsable de la activación de muchos órganos del cuerpo.
2. El sistema nervioso parasimpático es responsable del reposo y la recuperación.

El mayor nivel de control de sistema nervioso autónomo dentro del cerebro es el hipotálamo, que coordina los cambios reflejos en respuesta a diversos cambios físicos, incluyendo el movimiento, la temperatura y la presión arterial. También responde a las demandas emocionales y cognitivas, proporcionando una relación entre los sistemas psicológicos y el estrés psicológico.

La activación del sistema nervioso simpático depende de dos neurotransmisores (la adrenalina y la noradrenalina) que estimulan los órganos a través de los propios nervios simpáticos. La activación sostenida se mantiene por sus equivalentes hormonales, liberados de la médula adrenal. Un segundo sistema, controlado por el hipotálamo y la glándula pituitaria, desencadena la liberación de corticosteroides de la corteza adrenal. Éstos aumentan la energía disponible para mantener la activación fisiológica e inhiben la inflamación del tejido dañado.

El sistema inmunológico proporciona una barrera a la infección por virus y otras amenazas biológicas para nuestra salud. Los elementos clave del sistema incluyen los fagocitos, como los macrófagos y los neutrófilos, que fagocitan y destruyen a los patógenos invasores. Un segundo grupo de células, conocidas como linfocitos, comprenden las células T citotóxicas y las células B, que responden a los ataques por virus y al desarrollo de células tumorales. Los dos grupos de células puedan colaborar en la destrucción de los patógenos mediante una compleja serie de reacciones químicas.

Los virus lentos, incluyendo el VIH, atacan al sistema inmunitario, infectando a las células CD4+, e impiden que los sistemas de las células T y B respondan eficazmente. Esto deja al cuerpo vulnerable a los ataques de virus y cánceres, que pueden ser enfermedades mortales.

El propio sistema inmunitario puede causar problemas cuando considera que sus propias células son agentes invasores externos. Esto puede provocar enfermedades como la esclerosis múltiple, la artritis reumatoide y la diabetes tipo I.

El tracto digestivo es responsable de la ingesta, absorción y excreción de alimentos. Su actividad está controlada por el sistema nervioso entérico, que está vinculado al sistema nervioso autónomo. Por tanto, la actividad del sistema responde al estrés y a otros estados psicológicos. Esto es, algunas condiciones que se creía que eran el resultado del estrés, ahora se piensa que son el resultado tanto de factores físicos como psicológicos.

Se piensa que las úlceras gástricas se deben a una infección por la bacteria *Helicobacter pylori*, mientras que ya no se considera que el síndrome del colon irritable se deba al estrés, sino más bien a una etiología de múltiples factores, de los cuales el estrés sería uno.

El sistema cardiovascular es responsable de transportar oxígeno, nutrientes y otros elementos diversos por el cuerpo. Su actividad está influida por el sistema nervioso autónomo. Dos condiciones «silenciosas» a largo plazo que pueden provocar enfermedades agudas, como el infarto de miocardio o el infarto cerebral, son la hipertensión y el ateroma. Ambas constituyen procesos a largo plazo. Una forma de desarrollar hipertensión es el incremento de la presión arterial por la acción del sistema nervioso autónomo en respuesta al estrés. El ateroma se desarrolla debido a los procesos de reparación de las paredes arteriales. Dos resultados evidentes de este proceso son el infarto de miocardio, en el que la arteria que abastece el músculo del corazón se bloquea y muere, y la angina de pecho, que presenta síntomas parecidos pero que se debe al espasmo de las arterias y es reversible.

Finalmente, el sistema respiratorio es responsable de la inspiración y de transportar el oxígeno por el cuerpo, así como de la expulsión del dióxido de carbono. Es propenso a una serie de procesos de enfermedad, que incluyen la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer de pulmón, los cuales se ven exacerbados significativamente por el consumo de tabaco.

Lecturas recomendadas

Lovallo, W. R. (1997). *Stress and Health. Biological and Psychological Interactions*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.

Una introducción relativamente fácil al sistema inmunológico y al sistema nervioso autónomo, así como a la forma en que el estrés puede influir sobre sus actividades.

Kumar, P. J. y Clark, K. L. (2002). *Clinical Medicine*. W. B. Saunders. Con 1.464 páginas, es posible que no sea un manual que quiera comprar. Pero, si quiere saber más sobre el desarrollo de diversas enfermedades, se trata de un excelente punto de partida.

Vedhara, K. y Irwin, M. (eds.) (2005). *Human Psychoneuroimmunology*. Oxford University Press.

Una guía muy legible sobre psiconeuroinmunología, redactado para aquellos que no quieren tener que invertir unos 375 euros en un volumen de 400 páginas (o eso es lo que dicen los editores).

Percepción, interpretación y respuesta a los síntomas

CAPÍTULO

9

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- Las influencias contextuales, culturales e individuales sobre la percepción de síntomas.
- Las principales dimensiones sobre las que se puede representar la enfermedad.
- Los modelos teóricos clave de la percepción, interpretación y respuesta a los síntomas.
- Una amplia gama de influencias sobre la interpretación de los síntomas.
- Los factores que influyen en la demora de la búsqueda de consulta médica ante los síntomas.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

¿Cómo sabemos que estamos enfermando? ¿Reaccionamos todos de la misma manera ante los síntomas? ¿Qué es lo que influye sobre la forma en que percibimos e interpretamos los síntomas de enfermedad? ¿Difieren las creencias sobre las enfermedades a lo largo del ciclo vital? ¿Influyen las percepciones e interpretaciones de la enfermedad en la búsqueda de atención sanitaria? Este tipo de preguntas son importantes para comprender cómo afrontan los individuos la enfermedad y las diferencias de la conducta de búsqueda de atención sanitaria. Son preguntas que es necesario plantearte cuando se estudia la salud y la enfermedad, ya sea como futuro psicólogo de la salud o como profesional de la atención sanitaria.

¿Cómo tenemos conciencia de los síntomas de enfermedad?

La enfermedad provoca cambios en las sensaciones y funciones corporales que un individuo puede percibir por sí mismo o de las que, tal vez, puede ser advertido por otra persona que dice, por ejemplo, «estás muy pálido». El tipo de indicio que probablemente podrá observar el propio individuo implica cambios en el funcionamiento corporal (por ejemplo, mayor frecuencia de orina, irregularidades del ritmo cardiaco), emisiones (como sangre en la orina), sensaciones (por ejemplo, entumecimiento, pérdida de visión) y malestar (por ejemplo, fiebre, dolor, náuseas). Otros individuos pueden no percibir estos cambios, pero pueden observar tal vez cambios en su apariencia corporal (pérdida de peso, palidez de la piel), o en su funcionamiento (por ejemplo, parálisis, cojera, temblores). Radley (1994) distingue entre «*signos corporales*» y «*síntomas de enfermedad*». Los primeros se pueden reconocer de forma objetiva, pero los segundos requieren una interpretación; por ejemplo, una persona tiene que decidir si el aumento de su temperatura (un signo corporal) es sintomático de una enfermedad (por ejemplo, gripe) o sencillamente un indicio de agotamiento físico.

Aunque algunas enfermedades tienen síntomas visibles, otras no y, por el contrario, muestran un componente de sensación subjetiva de respuestas corporales, por ejemplo, sentirse mal, sentirse cansado, tener dolor, las cuales no se pueden ver *per se*. Muchos individuos experimentan síntomas de forma habitual, pero hay una enorme variabilidad entre los individuos en lo concerniente a atender o informar sobre los síntomas. Aunque entre el 70 y el 90 por ciento de la población padece, en algún momento, una situación que podría ser diagnosticada y tratada por un profesional de la salud, sólo la tercera parte llega finalmente a solicitar atención médica. Los psicólogos de la salud están interesados en saber por qué.

Como se describió en el Capítulo 1, lo que opinan los individuos sobre la salud depende tanto de su experiencia anterior con las enfermedades como de su comprensión de los conocimientos médicos, ya fueran expertos o legos. Por tanto, los individuos aprenden sobre la salud de la misma manera que sobre cualquier otra cosa: mediante la experiencia, tanto personal como de los otros. Los individuos «caen enfermos en contra de un conjunto de creencias sobre lo que constituye una buena y una mala salud» (Radley, 1994: 61). Además, Radley señala que la vida de cada uno está «anclada en la *actividad*», es decir, en las actividades o conductas cotidianas que dependen del cuerpo, ya sean actividades instrumentales, como ser capaz de correr para alcanzar al autobús, o de actividades expresivas, como ser capaz de tener una apariencia atractiva. Por tanto, la enfermedad puede afectar a una persona de manera fundamental.

¿Enfermedad o trastorno?

Cassell (1976) utiliza el término «trastorno» (*illness*) como «lo que el paciente siente cuando acude al médico», es decir, una sensación de no sentirse muy bien en comparación con el estado habitual; y «enfermedad»

(*disease*) como «lo que tiene cuando regresa a casa de la consulta del médico». La enfermedad, pues, se considera como algo del órgano, célula o tejido que denota un desorden físico o una patología subyacente, mientras que el trastorno es lo que experimenta la persona. La gente puede sentir que tiene una afección sin padecer una enfermedad identificable y, además, los individuos pueden tener una enfermedad sin sentir ninguna afección (piense en un asma bien controlado o en la diabetes, o, por ejemplo, en la infección del VIH en sus primeras etapas). Puede que en una visita rutinaria al médico el individuo se sienta sano al llegar para descubrir que está «oficialmente» enfermo, dado lo que indican los resultados de algún chequeo rutinario. Al proporcionar un diagnóstico, los médicos marcan por tanto la entrada de una persona en el sistema de atención sanitaria.

¿Cómo puede una persona saber que está enfermado? Este capítulo va a intentar responder a esta pregunta describiendo los procesos subyacentes a tres etapas de respuesta:

1. Percepción de síntomas.
2. Interpretación de los síntomas como enfermedad.
3. Planificación de la acción y acción.



¿Cuántos de los siguientes síntomas ha experimentado en las dos últimas semanas? De los que ha experimentado, ¿para cuántos ha acudido usted a ver a un profesional sanitario? Piense en las razones por las que buscó, o no, asesoramiento profesional sobre los síntomas que ha experimentado.

- fiebre
- náusea
- dolor de cabeza
- temblores
- agarrotamiento de las articulaciones
- fatiga excesiva
- dolor de espalda
- mareos
- dolor de estómago
- alteraciones de la vista
- tos agarrada al pecho
- dolor de garganta
- dificultades para respirar
- dolor en el pecho

Percepción de los síntomas

Hay muchos estímulos distintos que compiten por recibir nuestra atención en cualquier momento, así que, ¿por qué algunas sensaciones son más prominentes que otras? ¿Por qué buscamos atención médica cuando percibimos algunos síntomas y no lo hacemos cuando sentimos otros? Aunque un

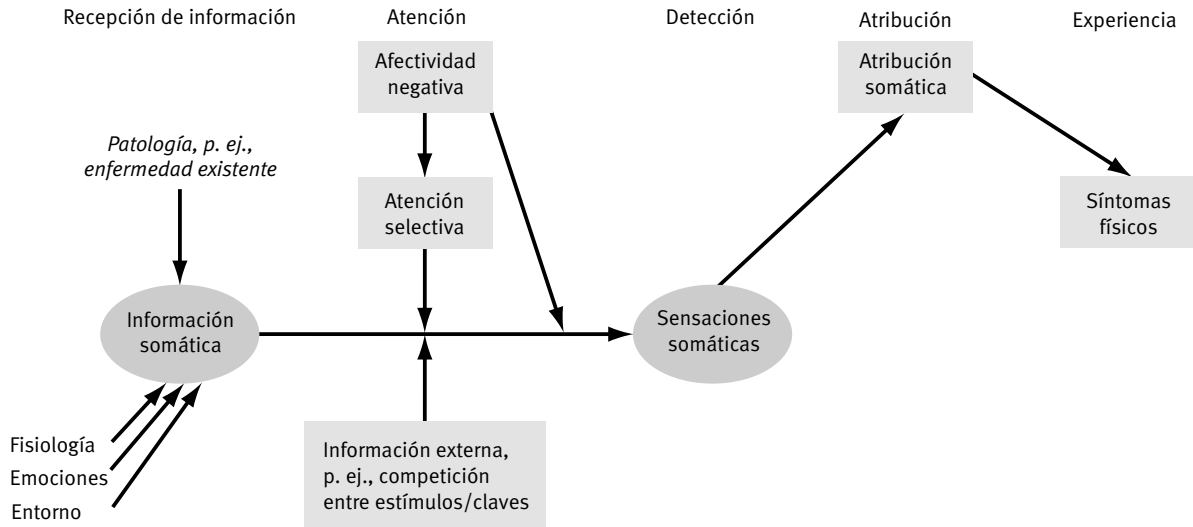


Figura 2.1 Un modelo simplificado de la percepción de los síntomas.

Fuente: Adaptado de Kolk, Hanewald, Schagen *et al.* (2003).

primer estudio encontró que alumnos universitarios estadounidenses habían experimentado una media de 17 síntomas distintos al mes (Pennebaker y Skelton, 1981), pocos de ellos habían acudido al médico. Esto se debe, en parte, a que la mayoría de los síntomas son transitorios y pasan antes de que les demos demasiada importancia, pero también porque los individuos no son necesariamente los que mejor juzgan si sus propios síntomas percibidos son, en efecto, indicios de enfermedad.

Existen varios modelos sobre la percepción de los síntomas. El modelo atencional de Pennebaker (1982) se centra en la competencia por recibir atención de los múltiples estímulos o claves, internas o externas, y señala que el mismo indicio físico o cambio fisiológico puede pasar inadvertido en algunos contextos y no en otros. El modelo cognitivo-perceptual de Cioffi (1991) se centra más en los procesos de interpretación de las señales físicas y su atribución como síntomas y reconoce también el papel de la atención selectiva (Cioffi, 1991). En general, la investigación ha destacado una serie de influencias biológicas, psicológicas y contextuales sobre la percepción de los síntomas (*véase* la Figura 9.1), con influencias de abajo a arriba sobre la percepción que derivan de las propiedades físicas de la sensación corporal, e influencias de arriba a abajo observadas en la influencia de los procesos de atención o del estado de ánimo.

Características de las señales corporales que aumentan la probabilidad de percibir un síntoma

Los signos corporales son sensaciones físicas que pueden ser, o no, síntomas de una enfermedad; por ejemplo, sudar es una señal corporal, pero no tiene que indicar que hay fiebre si la persona ha estado, sencillamente, haciendo ejercicio. Se pueden detectar e identificar los signos; por ejemplo, la

Subjetivo

Personal, es decir, lo que una persona cree y refiere (por ejemplo, excitación) en contraposición con lo **objetivo**. Lo subjetivo suele estar relacionado con interpretaciones internas de los sucesos, más que con características observables.

presión arterial es un signo, mientras que los síntomas son lo que se experimenta y, como tales, son mucho más **subjetivos**. Los síntomas suelen ser el resultado de cambios fisiológicos con propiedades físicas (somáticas) pero el individuo sólo detectará algunos. Los que reciben atención y se interpretan como síntomas serán probablemente:

- *Dolorosos o perturbadores*: si una señal corporal tiene consecuencias para una persona, por ejemplo, si no se puede sentar con comodidad, si tiene problemas de visión o si ya no puede realizar una actividad rutinaria, la persona estará más motivada para percibirlo como síntoma (Cacioppo *et al.*, 1989).
- *Novedosos*: se ha demostrado que las valoraciones subjetivas de la prevalencia influyen significativamente (1) sobre la gravedad percibida de un síntoma, y (2) sobre si la persona buscará atención médica (por ejemplo, Ditto y Jemmott, 1989; Jemmott, Croyle y Ditto, 1988). La percepción de un síntoma «novedoso» (ya sea para uno mismo o que se crea que no ha sido experimentado por otros) tiene más probabilidades de ser considerado indicio de algo raro y grave, mientras que la experimentación de un síntoma que se considera común lleva a suponer que la gravedad es menor, por lo que la probabilidad de buscar información o atención sanitaria es menor. Por ejemplo, el cansancio entre los estudiantes puede quedar normalizado e interpretado como una señal de las noches pasadas estudiando o de fiesta.
- *Persistentes*: hay más probabilidades de que se perciba una señal corporal como un síntoma si persiste más tiempo del que se considera normal o si continúa dicha señal a pesar de haberse automedicado.
- *Enfermedad crónica preexistente*: tener una enfermedad crónica aumenta el número de otros síntomas percibidos y referidos. Las enfermedades anteriores o actuales experimentadas tienen una fuerte influencia sobre la somatización (es decir, sobre la atención a los estados corporales) (por ejemplo, Epstein, Quill y McWhinney, 1999; Kolk, Hanewald, Schagen *et al.*, 2003).

Hay muchos síntomas triviales que no necesitan realmente una atención médica, sino que podrían ser gestionados por uno mismo con éxito sin los costes relacionados con acudir al médico (por ejemplo, la mayoría de los resfriados), pero también hay algunas enfermedades que tienen pocos síntomas iniciales, como la infección por VIH. Esto ha llevado a algunos autores a concluir que los síntomas por sí solos «no son indicadores fiables de la necesidad de atención médica» (Martin, Rothrock, Leventhal *et al.*, 2003: 203).

Estados atencionales y percepción de síntomas

Existen diferencias individuales en la cantidad de **atención** que prestan los individuos a sus estados internos y externos (Pennebaker y Skelton, 1981; Pennebaker, 1982, 1992). Pennebaker ha descubierto que es menos probable que se perciban sensaciones somáticas cuando la atención de un indivi-

Atención

Hace referencia, por lo general, a la selección de unos estímulos sobre otros para ser sometidos a un procesamiento interno.

duo está centrada en algo externo que cuando no tiene esta distracción. Piense, por ejemplo, en un atleta que va a ganar una carrera a pesar de haber tenido una lesión en la pierna. Por otra parte, es más probable que los individuos tengan sensación de picor en la garganta y empiecen a toser al final de una conferencia cuando la atención empieza a disminuir que al principio de la conferencia o durante las partes más interesantes. Las personas tienen una capacidad de atención limitada, por lo que los estímulos internos y externos tienen que competir para lograr la atención; una señal corporal que puede ser percibida de inmediato en algunos contextos puede pasar desapercibida en otros. (Esto también apunta al descubrimiento de que la manipulación del foco atencional, mediante distracción cognitiva o conductual, puede ser una forma útil de controlar los síntomas; véase el Capítulo 13.)

Un alto grado de atención aumenta la sensibilidad de una persona a señales corporales nuevas o diferentes. Analice los efectos de la divulgación por parte de los medios de comunicación de los brotes de enfermedades o infecciones sobre la percepción de los síntomas, por ejemplo, el brote de la enfermedad del legionario, como el que se produjo en Cumbria, Inglaterra, en 2002, los brotes de *E. coli*, las fugas de toxinas o la identificación del síndrome respiratorio agudo grave (SARS) en 2003. Las visitas a los médicos aumentaron desproporcionadamente en esos momentos, con episodios de pánico y ansiedad en la proximidad de las «víctimas» conocidas, por leve que fuera la relación, aumentando la atención de los individuos a sus propias señales corporales y produciendo con frecuencia la falsa creencia de que habían contraído la enfermedad. Muchos individuos que acuden al médico en estos momentos descubrirán que no hay ninguna causa orgánica para sus síntomas. Si se lleva al extremo, esto puede provocar lo que se ha denominado «*enfermedad psicogénica colectiva*», que ilustra el potente efecto de la ansiedad y la sugestión sobre nuestras percepciones y conducta. Otro ejemplo de los estímulos externos que alteran la atención hacia las señales corporales puede verse en el efecto que se manifiesta sobre el reporte de padecer exactamente los mismos síntomas en estudiantes de medicina cuando incrementan su conocimiento sobre síntomas específicos de una enfermedad. La resultante atención selectiva y el mayor procesamiento de información somática ha generado lo que se ha denominado «*síndrome del estudiante de medicina*» en más de las dos terceras partes de los estudiantes de medicina (Mechanic, 1962).

Influencias sociales sobre la percepción de los síntomas

Se ha demostrado que los individuos manejan estereotipos de «quién contrae» determinadas enfermedades, y que esto puede interferir en la percepción y respuesta a los síntomas iniciales. Por ejemplo, Martin, Rothrock, Leventhal *et al.* (2003) describen estudios que demuestran que el público general relaciona a los varones con la vulnerabilidad a enfermedades cardíacas y no a las mujeres y que, entre los pacientes de ataques al corazón, las mujeres reconocían con menos frecuencia las señales corporales inicia-

		Aparición de una perturbancia física	
		Alta	Baja
Necesidad de contener el signo	Alta	Deporte	Asistencia a una conferencia
	Baja	Dar a luz	Ver la televisión en casa

Figura 9.2 Diferencias situacionales en la aparición y contención de los síntomas físicos.
Fuente: Adaptado de Radley (1994: 69).

les como síntomas de una enfermedad del corazón. Las repercusiones en cuanto a la conducta de búsqueda de atención sanitaria son evidentes.

Cacioppo, Andersen, Turnquist *et al.* (1989) apuntan al concepto de «prominencia» y sugieren que nuestra motivación de prestar atención y detectar las señales o síntomas de enfermedad dependerá del contexto del momento en que se presente el síntoma. Como se ha señalado anteriormente, los individuos tienden a no prestar atención a sensaciones internas cuando su entorno es excitante o absorbente, pero una ausencia de una distracción alternativa puede aumentar la percepción de los síntomas. Además, las situaciones acarrear diversas expectativas de implicación física, como se ilustra en la Figura 9.2.

Los signos corporales, por ejemplo, los espasmos musculares cuando se está haciendo deporte o se está dando a luz, son señales esperadas y, por tanto, no se interpretarán normalmente como sintomáticas de una enfermedad. Estas dos situaciones también difieren en el grado en que se espera que el individuo contenga el dolor provocado por los espasmos. Por el contrario, se espera tener muy pocas señales corporales cuando se está sentado escuchando una conferencia o viendo la televisión y, salvo que la señal corporal (por ejemplo, entumecimiento) se pueda atribuir a algo como la postura, se podrá interpretar como un síntoma de enfermedad. En términos de contención o expresión del síntoma, el contexto de estar en casa o el de asistir a una conferencia también difieren significativamente, siendo más probable la supresión del malestar físico mediante la distracción motivada (por ejemplo, escuchar al conferenciante) que la expresión de dolor en el contexto de la conferencia.

Diferencias individuales que afectan a la percepción de los síntomas

Las mismas señales corporales pueden ser percibidas, o no, como síntomas en función de distintas variables individuales como el sexo, el estado emocional o los rasgos de personalidad, y el efecto que tienen estos factores sobre los estados atencionales. La investigación ha intentado identificar

factores que diferencian entre los que buscan atención sanitaria con frecuencia, incluso para síntomas triviales, y los que no la buscan incluso cuando experimentan síntomas potencialmente graves.

■ Sexo

Umbral de dolor

La cantidad mínima de intensidad de dolor que se necesita antes de ser detectado (varía en función del individuo).

Socialización

El proceso por el que un individuo aprende (de la familia, los profesores, los iguales) las reglas, normas y códigos morales de conducta que se espera que muestre.

Se ha sugerido que las mujeres crecen con una mayor disposición a prestar atención y percibir las señales corporales y los síntomas, tal vez debido a la menstruación; sin embargo, la evidencia no es concluyente y parece diferir en función del síntoma (Baum y Grunberg, 1991; Macintyre, 1993). Es posible que las diferencias fisiológicas influyan inicialmente sobre los **umbrales del dolor**, o que la evidencia empírica que demuestra que las mujeres acuden más al sistema de atención sanitaria no esté reflejando tanto una diferencia entre sexos en cuanto a la percepción de los síntomas, como una diferencia en la conducta de expresión de síntomas. En cualquier caso, se suele admitir que existe una **socialización** por sexo en la medida en que los varones y las mujeres «pueden» responder a las señales corporales.

■ Emociones

Por lo general, el estado de ánimo es crucial. Los individuos que tienen un estado de ánimo positivo suelen considerarse más sanos e indican tener menos síntomas, mientras que las personas con un estado de ánimo negativo refieren tener más síntomas, son más pesimistas sobre su capacidad de actuar para aliviar sus síntomas y se consideran más susceptibles de contraer enfermedades (Leventhal, Hansell, Diefenbach *et al.*, 1996). Los estados emocionales negativos, sobre todo la ansiedad o la depresión, pueden aumentar la percepción de los síntomas debido a sus efectos sobre la atención, así como por el aumento del recuerdo de anteriores problemas de salud que hace que sea más probable que las nuevas señales corporales sean consideradas como síntomas de otra enfermedad (Cohen, Doyle, Skoner *et al.*, 1995; Watson y Pennebaker, 1989; véase el dolor, Capítulo 16).

Se puede describir el **neuroticismo** como un rasgo que da lugar a experimentar estados emocionales negativos y está relacionado con el constructo más amplio de «**afecto negativo**». El afecto negativo puede manifestarse, o bien como un estado (situacionalmente específico) o bien como un rasgo (generalizado). Mientras que el afecto negativo estado puede incluir una serie de emociones, incluyendo la furia, la tristeza y el miedo, el afecto negativo rasgo, al igual que el neuroticismo, se ha visto que influye en la percepción, interpretación y la expresión de los síntomas. En cuanto al estilo de percepción, los neuróticos y los que tienen un elevado afecto negativo rasgo son más introspectivos y prestan una atención más negativa a la sintomatología somática y, por tanto, refieren una sintomatología más grave y frecuente (Bennett, Smith y Gallacher, 1996; Deary, Clyde y Frier, 1997; Watson y Pennebaker, 1989, 1991). Sin embargo, una percepción aumentada no es igual a una mayor experiencia objetiva de la enfermedad (Costa y McCrae, 1987), lo que sugiere que los individuos neuróticos o con afecto negativo rasgo prestan una excesiva atención y exageran el sig-

Neuroticismo

Una característica de la personalidad reflejada en la tendencia a sentir ansiedad, sentimiento de culpa y a experimentar patrones de pensamiento generalmente negativos.

Afectividad negativa

Establece la tendencia a experimentar, de forma persistente y dominante, un estado de ánimo negativo o bajo y un autoconcepto negativo (relacionado con el *neuroticismo*).

Conducta de tipo A

Una serie de características, peculiaridades conductas que incluyen la competitividad, la urgencia, la impaciencia y una hostilidad a flor de piel, patrones de habla rápidos y vigorosos, y una conducta expresiva. Muy estudiada en relación con la etiología de las enfermedades cardiovasculares en las que la hostilidad parece central.

Represión

Un estilo de afrontamiento defensivo que sirve para proteger al individuo de los recuerdos negativos o de los pensamientos que provocan ansiedad evitando que lleguen a la conciencia.

Optimismo comparativo

Inicialmente se denominó «optimismo irrealista», y es un término que hace referencia a la estimación que realiza el individuo sobre su propio riesgo de experimentar un suceso negativo comparado con otros semejantes a él (Weinstein y Klein, 1996).

Supervisores

Un estilo de afrontamiento general que consiste en prestar atención a la fuente de estrés o de amenaza e intentar tratar con ella de forma directa, por ejemplo, recopilando información y prestando atención a la información relevante sobre la amenaza (en contraposición con los **mitigadores**).

Mitigadores

Un estilo de afrontamiento general que consiste en minimizar o evitar la fuente de la amenaza o de estrés, es decir, evitar la información relevante sobre la amenaza (en contraposición con los **supervisores**).

nificado y las repercusiones de los síntomas percibidos. Es más probable que ellos hagan una interpretación negativa de los síntomas que los individuos que puntúan bajo en estos rasgos, y son estas interpretaciones las que les llevan a buscar atención sanitaria.

Merece la pena señalar que, aunque parece que estos rasgos están relacionados con informes retrospectivos de haber experimentado los síntomas, la evidencia de los efectos longitudinales del afecto negativo sobre la percepción de los síntomas no es concluyente. Por ejemplo, el afecto negativo rasgo no permitía predecir las quejas de padecer síntomas a lo largo del tiempo entre una muestra de personas mayores (por ejemplo, Diefenbach, Leventhal, Leventhal *et al.*, 1996; Leventhal *et al.*, 1996).

Otra emoción relacionada con la percepción de los síntomas es el *miedo*, concretamente el miedo al dolor y el miedo a la recidiva, que puede aumentar la atención y respuesta de una persona ante señales corporales. Por ejemplo, los supervivientes a un ataque al corazón afirman que prestan mucha más atención a sus estados internos con la esperanza de poder detectar en una etapa temprana las señales de una posible recurrencia.

■ Cogniciones y estilo de afrontamiento

También se ha demostrado que la forma en que los individuos piensan y responden a los sucesos externos o internos influye sobre la percepción de los síntomas. Por ejemplo, existe cierta evidencia empírica de que los individuos que se caracterizan por tener prisa, ser impacientes, hostiles y conducir de forma agresiva (es decir, una **conducta tipo A**: Friedman y Rosenman, 1959; Rosenman, 1978) tienen menos probabilidades de percibir síntomas. Posiblemente esto se deba a que prestan mucha atención a lo que están haciendo en cada momento (Larsen y Kasimatis, 1991), o porque evitan prestar atención a señales de debilidad personal. Por otra parte, su deseo de control está relacionado con una conducta de inmediata búsqueda de atención sanitaria en cuanto se toma conciencia de que existe una amenaza grave para la salud (Matthews, Siegel, Kuller *et al.*, 1983). También se ha demostrado que los individuos que se enfrentan a sucesos aversivos utilizando el mecanismo de defensa cognitivo de la **represión** tienen menos probabilidades de experimentar síntomas que los individuos no represores (Ward, Leventhal y Love, 1988; Myers, 1998), estando relacionada la represión con mayores niveles de **optimismo comparativo** sobre amenazas controlables para la salud, como las caries o el cáncer de piel (Myers y Reynolds, 2000). Tanto el afrontamiento represivo como el optimismo comparativo han estado relacionados anteriormente con una mala salud física (Weinstein y Klein, 1996).

También se ha establecido otra distinción entre el estilo de afrontamiento mediante el control y la mitigación (Miller, Brody y Summerton, 1987). Los **controladores** asumen la amenaza haciendo una supervisión de su situación buscando información relevante sobre la amenaza, mientras que los **mitigadores** ignoran o minimizan los estímulos internos y externos. Dónde se encuentre uno en función de esta dimensión influirá sobre su percepción de los síntomas y determinará la rapidez con la que el individuo acudiría a los servicios de atención sanitaria (*véase* más adelante).

Influencias del ciclo vital sobre la percepción de los síntomas

Con la edad llega la experiencia y la creciente sensibilización sobre los órganos internos propios y sus funciones y sensaciones; y, de la misma manera que hay diferencias por edades en cuanto a la percepción de la salud y la enfermedad (Capítulo 1), existen diferencias por edades en cuanto a si se perciben las señales corporales como síntomas de enfermedad o no. Estas diferencias pueden contribuir a las diferencias identificadas en cuanto a la conducta de búsqueda de atención sanitaria (Grunfeld, Hunter, Ramirez *et al.*, 2003; Ramirez, Westcombe, Burgess *et al.*, 1999; véase el Capítulo 2). Una población envejecida tiene, sin duda, que soportar la carga de muchas enfermedades crónicas y potencialmente mortales, como las enfermedades cardíacas, los infartos cerebrales, la artritis y el cáncer de mama, pero ¿prestan por ello menos atención a sus estados corporales y perciben menos síntomas? Hay poca evidencia empírica de que sea así. Sin embargo, sí que parece que los adultos más mayores *interpretan* y responden de distinta manera a los síntomas percibidos (véase un apartado posterior).

Los niños desarrollan una comprensión conceptual de la enfermedad durante su desarrollo cognitivo y su socialización, pero no se sabe demasiado bien si los niños perciben los síntomas específicos de manera distinta a los adultos. El limitado desarrollo del lenguaje entre los niños pequeños dificulta el estudio de la percepción de los síntomas. El llanto, el rascarse y otras conductas son interpretadas por los adultos como indicadores de síntomas experimentados por los muy pequeños y el dolor, por ejemplo, se muestra en vez de mencionarse. Es probable que la percepción de los síntomas esté influida por influencias atencionales, contextuales, individuales y emocionales similares a las que aparecen en los estudios con adultos, pero esa edad, o etapa de desarrollo, puede tener un efecto mayor sobre la interpretación y respuesta a los síntomas.

Percepción de la enfermedad

Una vez que se ha percibido un síntoma, los individuos no suelen analizarlo de forma aislada sino que suelen relacionarlo con otras facetas de su experiencia y con conceptos más generales de enfermedad.

Representaciones de la enfermedad y el «modelo de sentido común» sobre la enfermedad

Las representaciones sobre la enfermedad son concepciones organizadas de enfermedades concretas, adquiridos a través de los medios, la experiencia personal y a partir de familiares y amigos. Pueden ser representaciones vagas, imprecisas, amplias o detalladas pero, independientemente de cómo sean, influyen sobre la conducta preventiva y sobre las respuestas de afrontamiento de los individuos que experimentan síntomas o enfermedades. Se cree que las representaciones de la enfermedad existen en la memoria por

enfermedades experimentadas anteriormente (normalmente enfermedades comunes como resfriados o gripes), y como resultado de la percepción de un nuevo síntoma que se ajusta a un modelo preexistente o «prototipo» de enfermedad que tiene el individuo. Estos prototipos de enfermedades (a veces conocidos como «esquemas» cognitivos) conforman la forma en que un individuo persigue y responde a las señales corporales e influyen sobre si las señales corporales son percibidas como sintomáticas de una enfermedad o no. Evidentemente, ¡«equiparar» de forma errónea un dolor de pecho con una indigestión experimentada anteriormente puede ser peligroso si se trata realmente de un ataque al corazón!

Cognición de la enfermedad

Los procesos cognitivos implicados en la percepción o interpretación que hace un individuo de los síntomas o la enfermedad y cómo los representa para sí mismo (u otros) (véase Croyle y Ditto, 1990).

Los autores que analizan los modelos sobre la enfermedad emplean muchos términos distintos, a veces como sinónimos: por ejemplo, esquema cognitivo (Pennebaker, 1982); **cognición de enfermedad** (Croyle y Ditto, 1990); modelos de sentido común de la enfermedad y las representaciones de la enfermedad (Lau y Hartman, 1983; Lau, Bernard y Hartman, 1989; Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz y Steele, 1984); y percepciones de la enfermedad (Weinman, Petrie, Moss-Morris *et al.*, 1996). Un modelo bien conocido es el modelo autorregulador de la enfermedad y la conducta de enfermedad propuesto por Howard Leventhal y colaboradores (véase la Figura 9.3). En este modelo, las cogniciones sobre la enfermedad se definen como «las creencias implícitas de sentido común del propio paciente sobre su enfermedad» (por ejemplo, Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Leventhal, Diefenbach y Leventhal, 1992). Este «modelo de sentido común», afirma que las representaciones mentales proporcionan un marco para afrontar la enfermedad y comprenderla, y ayudan al individuo a reconocer qué es lo que tiene que buscar cuando está enfermo. Lo que proponían Leventhal y sus colaboradores era un modelo de procesamiento dual que considera en paralelo los elementos objetivos de los

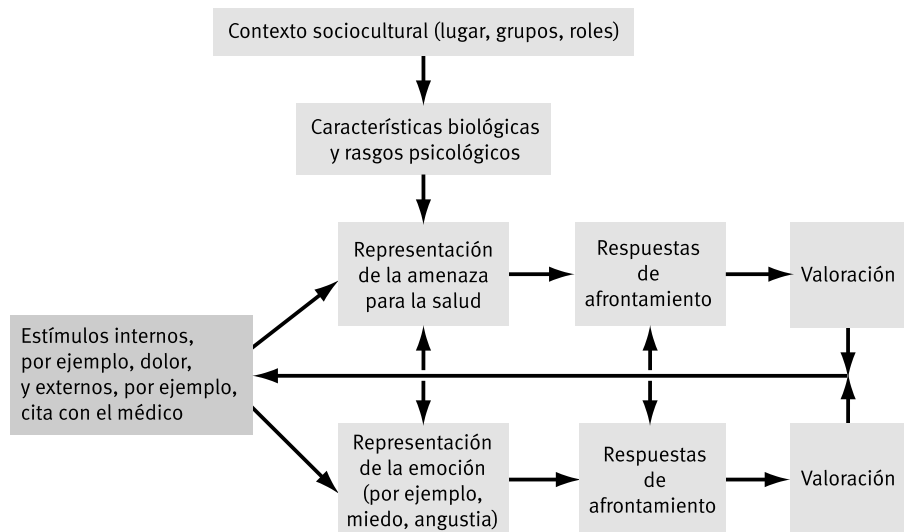


Figura 9.3 El modelo autorregulador: el «modelo de sentido común sobre la enfermedad».

Fuente: Leventhal, Diefenbach y Leventhal (1992: 147).

estímulos, por ejemplo, el síntoma es doloroso (cognitivo), y la respuesta subjetiva a ese estímulo, por ejemplo, la ansiedad (emocional). Este modelo sugiere que los individuos procesan activamente esta información, que desencadena una respuesta de afrontamiento que se considera adecuada. Se pueden modificar los esfuerzos de afrontamiento si posteriormente se considera que no han tenido éxito o, alternativamente, se puede revisar y modificar la representación inicial de los estímulos/amenazas para la salud. Por ejemplo, si un individuo experimenta un dolor de cabeza que considera que es una resaca, es poco probable que se preocupe al respecto y puede, sencillamente, automedicarse y esperar a que pasen los síntomas. Sin embargo, si los síntomas persisten, puede replantearse su respuesta de afrontamiento (por ejemplo, irse a la cama) o replantearse su percepción inicial (por ejemplo, puede que no sea por culpa de la resaca) y altere así su respuesta de afrontamiento (por ejemplo, acudir al médico). La existencia de bucles de retroalimentación partiendo del afrontamiento hasta las representaciones y de nuevo al afrontamiento, contribuye al modelo denominado «autorregulado». Los bucles de retroalimentación proporcionan una capacidad de respuesta a los cambios de la situación, las valoraciones o las respuestas de afrontamiento y maximizan, pues, la probabilidad de afrontar el problema de forma que se facilite la recuperación de un estado de «normalidad» (para el individuo en concreto).

Las representaciones de la enfermedad surgen en cuanto la persona experimenta un síntoma o recibe una etiqueta diagnóstica, ya que el individuo empieza a buscar en su memoria para intentar dotar de sentido la situación actual, recuperando esquemas de enfermedades preexistentes que sirven de punto de comparación (Petrie y Weinman, 2003). Los primeros trabajos que dieron lugar a este modelo planteaban preguntas abiertas a los individuos que padecían una serie de condiciones comunes, incluyendo el resfriado común (Lau *et al.*, 1989), cáncer o diabetes (Leventhal *et al.*, 1980) y encontraron cinco temas consistentes en el contenido de las representaciones de la enfermedad mencionadas. Eran:

1. *Identidad*: las variables que identifican la presencia o ausencia de enfermedad. Las enfermedades se identifican por su etiqueta, señales y síntomas concretos. Por ejemplo, «Tengo temblores y me duelen las articulaciones: creo que tengo la gripe».
2. *Consecuencias*: el efecto percibido de la enfermedad sobre la vida: impacto físico, emocional, social, económico o una combinación de factores. Pueden ser a corto o a largo plazo. Por ejemplo, «Debido a mi enfermedad no voy a poder ir al gimnasio hoy», o «Debido a mi enfermedad voy a tener que optar por la jubilación anticipada».
3. *Causa*: la(s) causa(s) percibida(s) de la enfermedad. Pueden ser biológicas (por ejemplo, gérmenes), emocionales (por ejemplo, estrés, depresión), psicológicos (por ejemplo, actitud mental, personalidad), genéticos o ambientales (por ejemplo, contaminación), o debido a la propia conducta del individuo (por ejemplo, exceso de trabajo, fumar). Algunas de estas causas se pueden solapar, por

Atribuciones

Percepciones de una persona acerca de lo que causa/cuáles son las causas de las creencias, emociones, conductas y acciones (basadas en la teoría de la atribución)

ejemplo, estrés y tabaquismo, y otras pueden solaparse con las **atribuciones** de las causas tras la aparición de la enfermedad (por ejemplo, French, Senior, Weinman *et al.*, 2001; French, Marteau, Senior *et al.*, 2002).

4. *Periodo de tiempo*: el periodo de tiempo percibido del desarrollo y duración de la enfermedad. Puede ser agudo (o a corto plazo, sin consecuencias a largo plazo), crónico (o a largo plazo), o episódico (o cíclico). Por ejemplo, «Creo que mi resfriado sólo va a durar unos tres o cuatro días», «El dolor viene y se va».
5. *Capacidad de curación o de control*: Lau y Hartmann (1983) han incorporado más preguntas para valorar el grado en que los individuos perciben que pueden controlar, tratar o limitar ellos mismos, u otros, la progresión de su enfermedad. Por ejemplo, «si me tomo esta medicina, me ayudará a reducir los síntomas» o «el médico podrá curarme». Aunque los primeros estudios se centraban en individuos con condiciones agudas y controlables, esta quinta dimensión podría ser especialmente relevante para los que padecen enfermedades crónicas.

Estas dimensiones han sido capturadas en una escala cuantitativa desarrollada por John Weinman y sus colegas (Weinman *et al.*, 1996), el cuestionario sobre la percepción de enfermedades (IPQ), que ha sido validado para una serie de enfermedades en un gran número de estudios. El cuestionario sobre la percepción de enfermedades ha sido revisado para incluir otras dos dimensiones de las representaciones de la enfermedad (las representaciones emocionales y la coherencia de la enfermedad), así como para diferenciar entre las creencias sobre el control personal de la enfermedad y las creencias sobre el control del tratamiento (Moss-Morris, Weinman, Petrie *et al.*, 2002; Moss-Morris y Chalder, 2003; véase el recuadro CUESTIONES más adelante). El contenido y la organización de las representaciones de la enfermedad puede diferir entre los individuos, e incluso para un mismo individuo a lo largo del tiempo, y se puede atribuir a las creencias subyacentes sobre la enfermedad. En la infancia también se tienen creencias sobre la enfermedad; por ejemplo, los niños de preescolar con una buena salud mencionaron, cuando se les plantearon preguntas abiertas sobre enfermedades comunes como el resfriado común, los cinco elementos de las representaciones de la enfermedad de Leventhal (Goldman, Whitney-Saltiel, Granger *et al.*, 1991).

■ Representaciones de la enfermedad y resultados

Existen interrelaciones lógicas entre los elementos de las representaciones de la enfermedad; por ejemplo, si se cree fuertemente que se puede controlar o curar una enfermedad, es probable que se relacione con menos consecuencias graves percibidas de la enfermedad y que se espere que tenga una breve duración (Weinman y Petrie, 1997). Aunque se cree que afectan al resultado de la enfermedad debido a los efectos sobre el afrontamiento, también se ha demostrado que las representaciones de la enfermedad tie-

nen efectos más directos sobre una amplia gama de resultados, incluyendo, por ejemplo:

- buscar y hacer uso del tratamiento médico (Leventhal, Diefenbach y Leventhal, 1992);
- reacciones emocionales ante los síntomas (Prohaska *et al.*, 1987);
- implicación en conductas de autocuidado o adherencia del tratamiento (Hampson, Glasgow y Zeiss, 1994; Horne y Weinman, 2002);
- incapacidad debida a la enfermedad y vuelta al trabajo (Lacroix, Martin, Avendano *et al.*, 1991; Petrie, Weinman, Sharpe *et al.*, 1996).

La relación entre representaciones de la enfermedad, la conducta de afrontamiento y diversos resultados de la enfermedad ha sido revisada en un meta-análisis de 45 estudios empíricos (Hagger y Orbell, 2003) y se analiza con más detalle en el Capítulo 12. Este meta-análisis respaldaba los dominios de las representaciones de las enfermedades relativos a las consecuencias, cura/control, identidad y periodo de tiempo, pero no tenía en cuenta las representaciones de «causa» porque el solapamiento entre la multitud de atribuciones causales hacía que el meta-análisis resultara problemático. Los autores proponen que la medición de esta dimensión causal necesita un mayor refinamiento (*véase* el recuadro CUESTIONES más adelante). Otros autores, por ejemplo Turk, Rudy y Salovey (1986), presentan hallazgos que no respaldan las cinco dimensiones de las representaciones de la enfermedad, sino que refieren factores denominados «gravedad», «responsabilidad personal», «controlabilidad» y «capacidad de cambio». Sin embargo, estos resultados surgieron cuando se pedía a los participantes que *comparasen* dos enfermedades, lo que sugiere que, tal vez, sus dimensiones reflejen más lo que *diferencia* a las enfermedades, más que dominios como los de Leventhal, que hacen referencia a las percepciones sobre enfermedades individuales.

Para responder a la pregunta de si las distintas enfermedades evocan diferentes dominios de las representaciones de la enfermedad, Monique Heijmans y Denise de Ridder compararon en Holanda (Heijmans y de Ridder, 1998) las representaciones de las enfermedades de pacientes con síndrome de fatiga crónica o la enfermedad de Addison, ambas enfermedades crónicas con síntomas comunes de fatiga y debilidad. La enfermedad de Addison está relacionada con molestias gastrointestinales y responde a la medicación, mientras que el síndrome de fatiga crónica suele ser muy limitador y no tiene un tratamiento bien definido. Los resultados mostraron que las percepciones de la enfermedad eran similares para los dos grupos de enfermedad: la identidad (tanto la frecuencia como la gravedad de los síntomas) estaba relacionada positivamente con el curso y las consecuencias, y negativamente con el control/cura (es decir, los que afirmaban padecer un mayor número de síntomas percibían que había más consecuencias y un periodo de tiempo más largo, y que existía una menor capacidad de control sobre la enfermedad). La cronicidad también estaba relacionada con bajas percepciones de control o cura y con consecuencias más graves.

Sin embargo, cuando se analizan las diferencias entre los dos grupos de enfermedad, los pacientes con síndrome de fatiga crónica valoraban su enfermedad de manera más negativa que los pacientes de la enfermedad de Addison, refiriendo consecuencias más frecuentes y graves y unas expectativas futuras menos positivas de control o cura. La mayoría de los pacientes, tanto del síndrome de fatiga crónica como de la enfermedad de Addison, percibía que la causa de su enfermedad era biológica, pero muchos también hacían referencia a causas psicológicas y de otro tipo. Este estudio muestra que, aunque los componentes de las representaciones de la enfermedad son sólidos en estas dos enfermedades en cuanto a la forma en que se relacionan entre sí, las enfermedades difieren en cuanto a la potencia concreta de cada componente. Se debería tener en cuenta este tipo de diferencias cuando se planifican intervenciones dirigidas a poblaciones específicas o cuando se comunica información a los pacientes sobre su enfermedad.

Cuestiones

Evocación de las representaciones de la enfermedad

Existen diversos tipos de opiniones sobre cuál es la mejor forma de evocar y evaluar las percepciones y creencias que tienen los individuos sobre las enfermedades. El uso de entrevistas con preguntas abiertas como método para elicitar las representaciones de la enfermedad (tal y como las utilizaron Leventhal y colaboradores en sus primeros trabajos) ha llevado a algunos a sugerir que las preguntas del tipo «¿hasta qué punto cuando piensa usted en su enfermedad piensa en sus consecuencias?» pueden dirigir la respuesta. Además, las entrevistas requieren mucho tiempo y suelen limitar el tamaño de la muestra, aunque algunos estudios han logrado emplear este tipo de preguntas abiertas con éxito (utilizando sugerencias cuando fuera necesario) (por ejemplo, Hampson, Glasgow y Toobert, 1990; Hampson, Glasgow y Zeiss, 1994).

Aunque el modelo de Leventhal proporciona un marco útil en el que basar los estudios sobre las percepciones de la enfermedad, una reciente revisión ha encontrado que hay pocos estudios que hayan intentado analizar los cinco elementos (Scharloo y Kaptein, 1997). Por el contrario, muchos estudios evalúan elementos específicos de las creencias, por ejemplo, el control percibido sobre la enfermedad (el caso de la escala multidimensional del lugar de control de la salud, de Wallston, Wallston y deVellis, 1978; o el cuestionario sobre las creencias sobre el control del dolor de Skevington, 1990 (véase el Capítulo 16)).

Para resolver estas limitaciones, un equipo de investigadores de Nueva Zelanda y del Reino Unido, liderado por Rona Moss-Morris, Keith Petrie y John Weinman, ha desarrollado una medida cuantitativa conocida como el cuestionario sobre la percepción de enfermedades (IPQ: *Illness Perception Questionnaire*; Weinman *et al.*, 1996). Se ha utilizado esta medición para una impresionante gama de estados de salud en diversos plazos temporales, y un reciente meta-análisis (Hagger y Orbell, 2003) ha encontrado que tiene tanto validez predictiva como de constructo (aunque la validez predictiva requiere una mayor confirmación mediante más estudios longitudinales). Sin duda, el IPQ ha sido una herramienta de medición extremadamente útil y se ha revisado recientemente (IPQ-R)

para resolver algunos puntos relativos a la constancia interna de las subescalas de cura/control y de curso, y del papel de las emociones (que forman parte claramente del modelo autorregulador de Leventhal, pero que no se abordaban adecuadamente en el primer IPQ). El IPQ-R separa el control personal sobre la enfermedad de las expectativas sobre los resultados y del control percibido sobre el tratamiento; potencial el componente cronológico incorporando nuevos ítems sobre las enfermedades cíclicas, así como ítems sobre el plazo temporal de las enfermedades graves/crónicas; incorpora nuevos elementos para abordar las representaciones emocionales (respuestas emocionales a la enfermedad, como el miedo y la ansiedad); y analiza finalmente el grado en el que la persona considera que comprende su condición, lo que se define como coherencia de la enfermedad (Moss-Morris, Weinman, Petrie *et al.*, 2002).

El marco de Leventhal, aunque dominante en el campo, no es el único modelo sobre las percepciones de la enfermedad ya que existen otras mediciones de las percepciones de la enfermedad, por ejemplo, el cuestionario sobre los modelos implícitos de la enfermedad (IMIQ: *Implicit Models of Illness Questionnaire*; Turk, Rudy y Salovey, 1986) y el marco de los modelos personales de la enfermedad (Hampson *et al.*, 1990). El primero, el IMIQ, encontró, al administrarse a tres grupos (pacientes diabéticos, educadores en diabetes y alumnos universitarios) que había cuatro dimensiones ligeramente distintas de las descritas por Leventhal: gravedad, responsabilidad personal, capacidad de control y capacidad de cambiar. Cuando en 1995 Schiaffino y Cea utilizaron el IMIQ volvieron a surgir factores ligeramente distintos: consecuencias graves, responsabilidad personal, capacidad de curación y variabilidad de los síntomas. Este estudio recurrió a individuos con diversas condiciones y llevó a sugerir que puede ser imposible encontrar un modelo que se ajuste a todas las enfermedades; por ejemplo, sencillamente no existe un potencial de cura o tratamiento para todas las enfermedades.

No se debe considerar que el uso de medidas cuantitativas como las descritas anteriormente implica que los métodos de entrevista abierta no son ni necesarios ni útiles. Por ejemplo, la comprensión de las fuentes de las creencias y percepciones, y las razones que subyacen a la prominencia que se asigna a unas creencias respecto a otras, podría ser crucial para desarrollar intervenciones diana y, por tanto, el estudio de investigación «ideal» debería, tal vez, utilizar métodos combinados.

Interpretación de los síntomas

Como ya se ha señalado, los síntomas son algo más que etiquetas para los diversos cambios que se pueden producir en el cuerpo; no sólo derivan de las clasificaciones médicas de las enfermedades, sino que también pueden influir en la forma en que pensamos, sentimos y nos comportamos. La cultura influirá sobre los significados que adscriben los individuos a los síntomas, al igual que la experiencia previa, las creencias y las representaciones de las enfermedades. Cuando se percibe una sensación física como un «síntoma», ¿qué es lo que le lleva a una persona a creer que está enferma? Ocurre cuando los síntomas que experimenta el individuo se «ajustan» a un modelo de enfermedad que tiene almacenado en su memoria. Cabría esperar que el reconocimiento de padecer síntomas sería una condición su-

Rol de enfermo

Las actividades que realiza una persona diagnosticada como enferma para intentar ponerse bien.

ficiente para decidir que se está enfermo, pero Radley (1994, pág. 71), sugiere que hay que poner en duda semejante supuesto. Piense en su propia experiencia (los síntomas no preceden necesariamente a una enfermedad) a veces, el considerar que se está enfermo es un elemento importante para tener síntomas, adoptando tal vez lo que se ha denominado el **rol de enfermo** (Parsons, 1951; Kasl y Cobb, 1966b).

Influencias culturales sobre la interpretación de los síntomas

Se ha demostrado que las diferencias culturales existen en tanto en cuanto los miembros de determinadas culturas creen en causas sobrenaturales de las enfermedades, por ejemplo, espíritus malignos o un castigo divino (Landrine y Klonoff, 1992). Estas creencias sobre la causalidad influyen en la respuesta de afrontamiento que sigue, por ejemplo, en términos de la búsqueda de atención médica o al cumplimiento del tratamiento.

Se ha descubierto que las culturas occidentalizadas promueven un sentido independiente de la responsabilidad, es decir, que el individuo tiene una importancia suprema, mientras que las culturas africanas (por ejemplo, Chalmers, 1996; Morrison, Ager y Willock, 1999), y las culturas china y japonesa (por ejemplo, Heine y Lehman, 1995; Tan y Bishop, 1996) perciben la enfermedad y la salud de manera más colectiva e interdependiente, en cuanto a los efectos que tiene la salud y la enfermedad sobre el funcionamiento del grupo. Por ello, las distintas culturas pueden exhibir sistemas de creencias muy distintos y diferentes actitudes y respuestas ante la enfermedad. Para ilustrarlo, el estudio realizado por Bishop y Teng (1992) con estudiantes chinos de Singapur encontró que, aunque la gravedad y el contagio eran dimensiones que se utilizaban frecuentemente en la percepción de la enfermedad (al igual que en el caso de los estudiantes occidentales), existía una dimensión adicional por la que se relacionaba la enfermedad con el comportamiento y con un *chi* bloqueado (el *chi* es la fuente de vida y de energía). Se relacionaban estas creencias con la utilización de la atención sanitaria occidental y tradicional, observándose que, cuando existen sistemas de atención sanitaria duales que operan en paralelo en una sociedad, éstos se utilizan de forma diferencial en función de la enfermedad concreta y de las percepciones específicas sobre la misma (Heine y Lehman, 1995; Quah y Bishop, 1996; Lim y Bishop, 2000). Los estudios africanos (Chalmers, 1996) han demostrado que la utilización de la medicina tradicional, como los curanderos, sigue siendo importante incluso cuando aumenta la disponibilidad de la atención sanitaria occidental.

Aparte del uso de la atención sanitaria, también se ha mostrado que existen variaciones culturales en el grado en que los individuos reaccionan a una enfermedad física. Por ejemplo, Sanders, Brena, Spier *et al.* (1992) han comparado el funcionamiento conductual y emocional de los individuos con dolor de espalda a largo plazo y han encontrado que los estadounidenses manifestaban los mayores problemas, después los italianos y neozelandeses, seguidos de los pacientes japoneses, los colombianos y los mexicanos.

También se han encontrado más diferencias en la preparación a reaccionar a los síntomas físicos percibidos entre los pacientes estadounidenses varones de origen judío, italiano, irlandés o de origen anglosajón. Aunque los varones estadounidenses de origen judío e italiano expresaban en seguida su dolor, los dos grupos diferían en cuanto al objetivo de la expresión de su dolor; los italoamericanos se quejaban por la incomodidad que producía el dolor, mientras que los judíos solían expresar su preocupación por lo que pudiera implicar el dolor sobre su salud actual y futura. Estas diferencias de la expresión e interpretación del dolor fueron relacionadas con diferencias del grupo en cuanto a la disponibilidad a aceptar tratamiento, ya que los varones italoamericanos tenían más probabilidades de confiar en el médico y aceptar una medicación para el dolor que los judíos, que se mostraban más escépticos sobre los beneficios que les proporcionarían los analgésicos. Se encontró otra diferencia adicional respecto a la predisposición a quejarse del dolor en casa: los italoamericanos consideraban que no tenían libertad para poder quejarse del dolor en su casa ya que querían dar una imagen de ser el «cabeza de familia» fuerte, mientras que los varones de origen judío no consideraban que la expresión del dolor en su casa fuera una señal de debilidad. Los americanos de origen anglosajón diferían de estos dos grupos en tanto en cuanto no se quejaban ni mostraban sus sentimientos sino que, por el contrario, se referían al dolor de forma fáctica. Estos hombres consideraban que una expresión emocional era totalmente inútil en un contexto en el que pensaban que los conocimientos, habilidades y la eficiencia del médico serían efectivos y se verían facilitados gracias a su acatamiento sin quejas. En casa, los varones americanos de origen anglosajón se apartaban de los demás si el dolor aumentaba, e incluso sus mujeres reaccionaban con, o bien vergüenza, o bien con consternación, si veían a sus maridos expresar respuestas emocionales ante el dolor. Se encontró que los americanos de origen irlandés aceptaban de forma estoica o negaban el dolor, reflejando de nuevo un fenómeno de socialización del sexo. Zborowski (1952) afirma que estas variaciones culturales se aprenden durante el proceso de socialización, en el que se conforman las ideas que tiene cada individuo sobre el tipo de dolor que se puede aguantar y expresar de manera aceptable. Este extenso ejemplo demuestra que no sólo difieren las percepciones y la expresión del dolor, sino que también tienen una función social en tanto en cuanto influyen sobre las expectativas del tratamiento o, incluso, sobre las reacciones de los demás (*véase también* el Capítulo 16).

Diferencias individuales e interpretación de los síntomas

Diferencias individuales
Características de un individuo que lo diferencian de los demás o de otros grupos de individuos (por ejemplo, edad, personalidad).

Algunos individuos pueden mantener sus actividades cotidianas incluso cuando experimentan lo que otro individuo percibiría como síntomas de enfermedad debilitadores. ¿Por qué? Porque existen **diferencias individuales** en cuanto a la forma de interpretar los síntomas. La experiencia anterior afecta a la interpretación y a la respuesta a los síntomas, ya que tener una historia particular de determinados síntomas, o una experiencia

vicaria concreta (por ejemplo, la experiencia de la enfermedad de los demás), genera supuestos sobre el significado y las consecuencias de algunos síntomas. Un síntoma considerado extraño, ya sea por la experiencia personal de un individuo, o por la de otros individuos a los que se ha consultado, tiene más probabilidades de ser interpretado como un síntoma potencialmente grave que un síntoma que se ha experimentado anteriormente o que se sabe que es muy común (Croyle y Ditto, 1990). Interpretar que algunos síntomas no son más que «un virus que está circulando» puede implicar que los individuos ignoren a veces «señales de advertencia» potencialmente peligrosas.

El conocimiento de cuáles son las señales corporales que se relacionan con determinado comportamiento o enfermedad (por ejemplo, el sudor y la gripe, el sudor y el ejercicio) permitirá interpretar y dotar de sentido al síntoma. Estas reservas de conocimientos se conocen como *prototipos de las enfermedades* y se mencionaron anteriormente al describir la percepción de las enfermedades.



■ Prototipos de enfermedades

Los individuos tienen prototipos de enfermedades que les ayudan a organizar y evaluar la información sobre las sensaciones físicas que, de lo contrario, no podrían interpretar (Tabla 9.1). Los síntomas se enmarcan en el contexto de los conocimientos y experiencias anteriores del individuo, los cuales han llevado al desarrollo de expectativas prototípicas de determinadas enfermedades. Los síntomas que se ajustan, o no, a un prototipo de enfermedad influirán sobre el hecho de que ese síntoma se perciba, o no, como tal y a continuación sobre cómo se interpreta y cómo se reacciona. Las enfermedades que tienen claros conjuntos de signos (síntomas) asociados tienen más probabilidades de ser fácilmente reconocidas en un auto-diagnóstico; por ejemplo, una persona que experimenta un dolor abdomi-

Tabla 9.1 Prototipos de enfermedades

	Gripe	SIDA
Identidad	Mucosidad, fiebre, temblores, estornudos, dolor en las extremidades	Pérdida de peso, glándulas inflamadas, fiebre, lesiones en la piel, neumonía
Causa	Virus	Virus
Consecuencias	Pocas veces suele ser a largo plazo o grave (salvo que se trate de una nueva «cepa»)	Mala salud a largo plazo, fallecimiento, incertidumbre
Duración	De 1 día a una semana	De meses a años
Cura	Tiempo y automedicación	Ninguna, múltiples tratamientos para retrasar su avance
Tipo de persona	Cualquiera	Grupos de alto riesgo de drogadictos usuarios de drogas de administración intravenosa, cada vez más cualquiera que mantenga relaciones sexuales sin protección

nal agudo puede rápidamente pensar en una apendicitis, y otra persona que experimenta un dolor moderado en el abdomen puede pensar rápidamente en una indigestión. Por tanto, sería fácil suponer que si se identifica un bulto en un pecho surgirán de inmediato preocupaciones de que pueda tratarse de un cáncer y se busque atención sanitaria, como suele ser el caso (*véase* el Capítulo 4 para un análisis de las influencias sobre la conducta de autoexploración de mama). Sin embargo, existen otros síntomas del cáncer de mama, como el dolor de pecho o la descamación alrededor del pezón, que tal vez no formen parte del «prototipo» que tiene una persona y, por tanto, esos síntomas pueden pasar desapercibidos. Esta incapacidad para identificar correctamente diversos síntomas de un potencial cáncer de mama predijo un retraso en la búsqueda de atención en una muestra de 546 mujeres de la población general (Grinfeld, Hunter, Ramírez *et al.*, 2003). En el mismo sentido, Theisen, MacNeill, Lumley *et al.* (1995) compararon a 40 pacientes que buscaron tratamiento para un ataque al corazón (infarto de miocardio) con 30 pacientes a los que se descubrió que habían padecido un infarto de miocardio en un electrocardiograma rutinario y no habían buscado atención médica. Los autores concluyeron que los prototipos y expectativas de las sensaciones que se tendrían si se padeciera un ataque al corazón habían obstaculizado la percepción y el reconocimiento de los síntomas. Este retraso en la reacción a los síntomas había impedido que se diera un tratamiento eficaz al ataque al corazón. Respaldo esta perspectiva, Perry, Petrie, Ellis *et al.* (2001) afirman que, cuando los síntomas del ataque al corazón no se «ajustan» al prototipo existente de la enfermedad en cuanto a su gravedad, se produce una mayor demora de la búsqueda de atención médica.

■ La influencia del «yo» y la identidad sobre la percepción e interpretación de la enfermedad

Identidad social

La idea que tiene un individuo de quién en un grupo, más que a un nivel personal e individual (por ejemplo, usted es un estudiante, posiblemente una mujer).

Se ha sugerido que habría que fusionar la tradición sociológica médica de evaluación de los modelos ingenuos sobre la salud y la enfermedad (por ejemplo, el estudio de Baxter, véase el Capítulo 1), que adoptan una visión más general de las creencias sobre las enfermedades moldeadas por factores sociales, con el modelo psicosanitario de cogniciones individuales. Levine y Reicher (1996) proponen contemplar la evaluación de los síntomas a partir de la teoría de la autocategorización (por ejemplo, Turner, Hogg, Oakes *et al.*, 1987) que destaca la importancia de la **identidad social**. La mayoría de los individuos tiene diversas identidades sociales en función del contexto (por ejemplo, estudiante/pareja/hija) y se propone que la interpretación de los síntomas difiere en función de la identidad social actual más destacada de una persona. Por ejemplo, estos autores encontraron que las alumnas de magisterio que se estaban especializando en educación física evaluaban los escenarios de enfermedad y lesión de manera distinta si se encontraban en una condición que las identificaba por sexo o en una condición que las clasificaba como estudiantes de profesorado de educación física. El grado en que los detalles del escenario de la enfermedad eran percibidos como amenazas a su más saliente identidad del género resultaba importante. Estos hallazgos se analizaron en dos estudios posteriores, uno sobre mujeres secretarias y otro sobre varones que jugaban al rugby. En la muestra de secretarias, los distintos escenarios (definidos en función de una amenaza hacia el atractivo, la profesión o la emotividad) provocaban distintas respuestas dependiendo de que las mujeres estuvieran en el grupo de «identidad definida en función del género» o en el grupo de «identidad definida en función de la profesión». La gravedad percibida de la enfermedad era mayor cuando el escenario planteaba una amenaza al atractivo en el grupo definido en función del sexo, o una amenaza al rendimiento profesional (por ejemplo, lesión en una mano) en el caso del grupo definido en función de la profesión como secretaria. El estudio sobre los jugadores de rugby introducía dos grupos de comparación hipotéticos, informando a los varones que sus resultados serían comparados, o bien con los de mujeres, o bien con los de «otros varones». Esto permitió al equipo de investigación analizar el efecto del contexto sobre las representaciones de los síntomas y sobre el autoconcepto. Los escenarios planteados amenazaban, o bien al atractivo físico, o bien a la emotividad o a la capacidad física. La amenaza al atractivo generó unas percepciones de mayor gravedad de la enfermedad cuando el grupo de comparación eran las mujeres, y la amenaza a la emotividad generó percepciones menos graves de la enfermedad cuando se comparaba con «otros varones». No había diferencias en la gravedad percibida de la enfermedad cuando la amenaza era a la capacidad física.

Lo que muestra este estudio es que la identidad social puede alterar las percepciones de la enfermedad y las lesiones. Esto sugiere que los modelos de representación de la enfermedad que se suelen aplicar en la investigación de la psicología de la salud deberían ampliarse, tal vez, para tener en

cuenta la influencia de la identidad propia y social. Aunque los participantes en las series de estudios de Levine trataban con enfermedades y lesiones hipotéticas en un entorno de experimentación artificial, la realidad es que la mayoría de los individuos desempeña una variedad de roles sociales y, por tanto, resulta lógico suponer que la identidad prominente puede ser distinta en diferentes contextos con efectos potenciales sobre la percepción e interpretación de los síntomas.

Hallazgos de la investigación

¿Difieren las percepciones del cáncer en función de la propia situación sanitaria?

Buick, D., y Petrie, K. (2002). «I know just how you feel»: The validity of healthy women's perceptions of breast cancer patients receiving treatment. *Journal of Applied Social Psychology*, 32: 110-123.

Antecedentes

Es un hecho desgraciado que la mayoría de los individuos se verán afectados por un cáncer en algún momento de su vida, ya sea a título personal o porque afecte a un familiar o amigo. Buick y Petrie señalan que el cáncer es, por lo general, una enfermedad temida que todavía puede provocar estigmas en las respuestas de los demás. Los estudios anteriores habían mostrado que las mujeres sanas diferían en cuanto a las causas percibidas del cáncer de las mujeres que padecen un cáncer, y que las mujeres sanas suelen tener una concepción errónea de los tratamientos. Se pensaba que estas concepciones erróneas podrían interferir potencialmente en la conducta preventiva o en la interacción de la persona con aquellos que han sido diagnosticados con un cáncer. La comprensión de cómo y si las percepciones de la enfermedad que tienen los individuos sanos influyen sobre sus respuestas emocionales y conductuales ante esa enfermedad padecida por los demás nos lleva a analizar el impacto general de las representaciones de la enfermedad. Por tanto, este estudio intentaba identificar y comparar las percepciones sobre el cáncer entre pacientes y una muestra de personas sanas procedentes de la comunidad de Auckland, Nueva Zelanda.

Método

Participantes

Se evaluaron las representaciones sobre el tratamiento postquirúrgico del cáncer de mama en dos grupos: 78 pacientes no hospitalizadas con cáncer de mama tratado quirúrgicamente (mastectomía parcial o tumorectomía) que recibían, o bien radioterapia o bien quimioterapia, y 78 mujeres sanas seleccionadas de la comunidad y apareadas a las pacientes en cuanto a edad, estado civil y nivel educativo. La razón para el apareamiento por esas variables es que la edad puede influir sobre las percepciones y respuestas al cáncer, el nivel educativo puede afectar a los conocimientos sobre el cáncer y su tratamiento, y el estado civil puede influir sobre factores como el apoyo social y la exposición a las percepciones sobre el cáncer que tienen otros. El apareamiento en esas variables puede controlar el potencial efecto contaminador. Ninguna de las mujeres pertenecientes a la muestra sana había tenido un diagnóstico anterior de cáncer, tenían entre 27 y 78 años de edad

(edad media de 51 años, desviación típica de 10,55), el 71-72 por ciento estaban casadas, el 90 por ciento eran de etnia europea, aproximadamente las tres cuartas partes tenían una educación secundaria o superior, y poco más de la mitad trabajaban. Las pacientes habían completado, o bien el 50 o bien el 95 por ciento de su tratamiento, y recibían, o bien una quimioterapia adyuvante ($n = 26$) o bien radiación localizada ($n = 52$).

Diseño

El estudio utilizó un cuestionario que se administraba en una ocasión, es decir, un estudio transversal.

Medidas

Se evaluaron las *percepciones de la enfermedad* utilizando el IPQ (Weinman *et al.*, 1996), que se basa en las cinco dimensiones de Leventhal: identidad (las participantes indican cuál de los 15 síntomas que se muestran en un listado consideran que forma parte del cáncer de mama e indican la frecuencia con la que los han experimentado); curso (por ejemplo, mi enfermedad durará poco tiempo); causa (por ejemplo, mi cáncer de mama fue provocado por el estrés); consecuencias (por ejemplo, mi enfermedad es una condición grave); y cura-control (por ejemplo, mi tratamiento podrá curar eficazmente mi cáncer). Con la excepción de la identidad, las participantes señalaron en qué grado estaban de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación. Las participantes sanas respondieron en función de lo que creían que era cierto en el cáncer de mama, mientras que las pacientes respondían en función de su propia experiencia. Los elementos de las escalas obtuvieron buenos resultados en el estudio, logrando coeficientes de fiabilidad (alfa de Cronbach) de entre 0,75 y 0,87 (siendo 1,0 la consistencia interna máxima). Se evaluaron los *niveles de malestar emocional* utilizando el perfil de estados de ánimo (POMS: *Profiles of Mood States*; McNair *et al.*, 1971). Las participantes indicaron la intensidad con la que experimentaban cada uno de los 65 adjetivos (0 = en absoluto, 4 = totalmente), reflejando un estado de ánimo de tensión-ansiedad, enfado-hostilidad, vigor-actividad, depresión-abatimiento y confusión-atardamiento. Los coeficientes de fiabilidad fueron buenos (entre 0,84 y 0,95). Se pidió a todas las participantes que puntuaran los adjetivos en función de las emociones que pensaban/sentían que estaban relacionadas con el tratamiento postquirúrgico del cáncer de mama. El *afrontamiento* (o, en el caso de las participantes sanas, el afrontamiento imaginado) se midió utilizando la escala de 60 ítems sobre la orientación de afrontamiento a los problemas experimentados (COPE: *Coping Orientation to Problems Experienced*; Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Esta medida está compuesta por 15 escalas distintas: desconexión mental; desconexión conductual; búsqueda de apoyo instrumental; búsqueda de apoyo emocional; desahogo emocional; consumo de alcohol o drogas; supresión de actividades competidoras; negación; uso de la religión; aceptación; afrontamiento activo; planificación; afrontamiento restringido; uso del sentido del humor, y reinterpretación positiva y crecimiento. Las mujeres sanas valoraron su percepción de una respuesta «típica» de las mujeres que recibían tratamiento postquirúrgico del cáncer de mama (puntuada de la siguiente manera: 0: no se utilizaba en absoluto; 4: se empleaba un poco; 8: se utilizaba una cantidad media; 12: se usaba mucho). La fiabilidad de las subescalas era buena (0,66 a 0,95) y las correlaciones entre las subescalas no eran elevadas, lo que respalda la idea de que las 15 subescalas eran consideradas como conceptualmente distintas. Finalmente, las participantes valoraron el estatus de salud percibido de

las pacientes de cáncer de mama en un solo ítem que les pedía comparar su propio nivel de salud actual (o la de una paciente de cáncer de mama en el caso de la muestra de mujeres sanas) con la de una persona con una «salud excelente» (entre 1 y 7, siendo 1 una salud pésima, 4, normal, y 7 excelente).

Procedimiento

Se reclutó a las pacientes a partir de derivaciones realizadas por el médico. Se reclutó a las mujeres sanas utilizando un proceso en tres etapas: primero, en un seminario realizado en organizaciones se describió la investigación a grandes rasgos (sin mencionar el cáncer); segundo, se distribuyeron folletos que solicitaban participantes en un estudio para investigar las «actitudes hacia la enfermedad» en lugares de trabajo y lugares públicos. Se invitaba a las personas interesadas a ponerse en contacto con los investigadores y, si se podía aparear esa persona con una paciente en función de los criterios que se han explicado anteriormente, se concertaba una entrevista. De 97 mujeres contactadas inicialmente, 78 tomaron parte en el estudio, lo que constituye una tasa de respuestas muy satisfactoria del 80 por ciento.

Análisis

Se analizaron las diferencias entre los grupos en cuanto a las medias y varianzas (desviación típica) de las variables clave, y en función de los tamaños del efecto (la lambda de Wilks genera un coeficiente de entre 0 y 1, en el que los valores más cercanos a 0 destacan que las medias difieren entre los grupos, y los valores cercanos a 1 que no parece existir esa diferencia).

Resultados

En lo que respecta a las *percepciones del cáncer de mama*, las mujeres sanas diferían significativamente de las pacientes. Las mujeres sanas valoraban la salud de las pacientes como más deficiente, consideraban que las consecuencias del cáncer de mama eran peores, que el tratamiento ofrecía una menor cura o control de la enfermedad y que la enfermedad tenía una duración mayor. Las mujeres sanas también sobrestimaban el número, la gravedad y la frecuencia de los síntomas de las pacientes (elemento relativo a la identidad) y creían más en causas del cáncer de mama relacionadas con el entorno, cuestiones genéticas, el paciente y la suerte. También diferían las *percepciones sobre el afrontamiento*, ya que las mujeres sanas pensaban que las pacientes de cáncer de mama se centrarían en la enfermedad y se desahogarían emocionalmente con una desconexión mental y conductual del tratamiento, con planificación y supresión de actividades competidoras, y recurriendo a la negación, al alcohol y las drogas, a la religión y a un afrontamiento restringido en mayor grado que lo que mencionaban las propias pacientes. Además, las mujeres sanas pensaban que las pacientes tendrían menos probabilidades de utilizar la aceptación y reevaluación positiva que otras estrategias aunque, en realidad, éstas eran las dos estrategias más frecuentes referidas por las pacientes (¡qué además no referían recurrir al alcohol o las drogas!) Los dos grupos compartían las percepciones sobre el recurso de la búsqueda de apoyo (emocional e instrumental), el sentido del humor y el afrontamiento activo. Dadas estas diferencias, no fue sorprendente que las mujeres sanas también sobrestimaran el *impacto emocional del tratamiento del cáncer de mama*, situando la depresión, la tensión, la ira, la confusión, la inercia y, sorprendentemente, el vigor en una escala más alta que las propias pacientes.

Discusión

Este estudio reveló discrepancias significativas en las percepciones de la enfermedad/tratamiento y en las respuestas entre las mujeres sanas y las que estaban sometidas a un tratamiento postquirúrgico del cáncer de mama. Las mujeres sanas imaginan que el cáncer de mama y su tratamiento es significativamente peor en muchas dimensiones y, además, consideraban que las pacientes afrontan el problema recurriendo a estrategias generalmente consideradas de evitación. También atribuyen la causa a cuestiones más internas que las pacientes, además de situar las causas ambientales y genéticas en un rango más alto. Un hallazgo crucial es que las mujeres sanas tienen una concepción errónea de cómo afrontan las pacientes el cáncer de mama y su tratamiento, y difieren en cuanto a la atribución de sus causas. Si una persona cree que la causa del cáncer es algo interno controlable por parte del individuo (por ejemplo, mala dieta, fumar), podría limitar su expresión de simpatía o preocupación por esa persona. Además, si una percepción social del cáncer es que los pacientes afrontan su situación mediante estrategias de negación, es posible que los miembros sanos de la sociedad consideren que es inútil intentar discutir la enfermedad con los pacientes. Esta falta de ajuste de las percepciones tiene repercusiones evidentes en términos del apoyo social y la provisión de cuidados a los pacientes, pero también tiene repercusiones para los individuos sanos. Por ejemplo, si la percepción social es que el tratamiento ofrece pocas esperanzas de cura, esta idea puede influir sobre las prácticas sanitarias preventivas como la conducta de sometimiento a chequeos. Si la percepción social es que el cáncer de mama tiene graves consecuencias, esta percepción podría contribuir al miedo a recibir un diagnóstico, lo que constituye una barrera más a la realización de estas pruebas.

Limitaciones

Son evidentes algunos fallos metodológicos, de los cuales sólo algunos son reseñados por los autores. Por ejemplo, el estudio está limitado a pacientes que ya han sido sometidas a cirugía, y su percepción de la enfermedad y del tratamiento puede haber sido moldeada por esta experiencia. Además, no se ha tenido en cuenta en el estudio el hecho de que unas pacientes hayan completado el 50 por ciento del tratamiento y otras hayan completado el 95 por ciento. También es imposible determinar si hubo un sesgo de muestreo durante, o bien derivación por parte de los médicos, o bien en el reclutamiento, ya que no se ofrecen detalles sobre el número de pacientes a las que se abordó para conseguir a las 78 que participaron en el estudio. Asimismo difería el tipo de tratamiento (quimioterapia frente a radioterapia) pero no se analizó en cuanto a los efectos sobre las percepciones y el afrontamiento del problema. Además, las pacientes sometidas a quimioterapia eran significativamente más jóvenes que las mujeres sometidas a radioterapia. El tipo de cirugía también variaba, siendo más probable que las pacientes sometidas a radioterapia hubieran sido sometidas a una tumorectomía y que las pacientes de quimioterapia hubieran sido sometidas a una mastectomía parcial. Estas diferencias entre la muestra de pacientes relacionadas con lo que habían experimentado podrían haber influido sobre los resultados: las mujeres sometidas a una tumorectomía (extirpación del tumor de la mama pero sin extirpar el pecho) podrían diferir en cuanto a la cura/control percibido y a las consecuencias del tratamiento, por ejemplo, de aquellas que habían sido sometidas a una mastectomía parcial (perdiendo, de hecho, parte del tejido del pecho). Aunque estas diferencias no son centrales para el objetivo del presente estudio, las diferencias entre las pacientes podrían haber ocultado la magnitud real de las diferencias entre las pacientes y las mujeres sanas.

El método de evaluación de las percepciones de una enfermedad específica a partir de las percepciones de individuos sanos es, posiblemente, un poco confuso (por ejemplo, si se pide a un individuo que «imagine cómo afrontaría el problema una persona que padece cáncer de mama», se le está pidiendo que se ponga en la piel de otra persona, y hay individuos que tienen más capacidad para hacerlo que otros, dependiendo de sus características naturales en cuanto a empatía e imaginación). Los autores sugieren que podría resultar más apropiado utilizar, en estudios futuros, escenarios detallados de casos que tendrían que ser valorados por las participantes sanas. Sin embargo, es necesario señalar que no es fácil mejorar la metodología utilizada (los planteamientos hipotéticos o supuestos siempre serán, precisamente, eso). Es razonable que los investigadores quieran destacar las percepciones sociales sobre una cuestión o una enfermedad y que utilicen métodos como los que se han empleado aquí. Muchas personas que actualmente están sanas serán pacientes o cuidadores en el futuro, por lo que es importante que se identifiquen y aborden las percepciones que pueden dar lugar a actitudes negativas o a una conducta de ayuda negativa.

■ Atribuciones causales de la enfermedad y la teoría de la atribución

Los modelos atribucionales hacen referencia adónde localiza una persona la «causa» de un acontecimiento y, como tales, sustentan una de las cinco representaciones de las enfermedades identificadas por Leventhal. La mayor parte de la investigación sobre las atribuciones realizada en psicología de la salud se ha centrado en «poblaciones enfermas», como los individuos que han padecido un ataque al corazón (infarto de miocardio) (por ejemplo, Affleck, Tennen, Croog *et al.*, 1987; Gudmundsdottir, Johnston, Johnston *et al.*, 2001), o personas con cáncer (Lavery y Clarke, 1996; Timko y Janoff-Bulmann, 1985). El estudio descrito en el anterior recuadro sobre los HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN proporciona evidencia empírica sobre las diferencias en las atribuciones causales de individuos sanos y pacientes con cáncer de mama ofreciendo resultados con implicaciones sobre la forma en que los individuos reaccionan ante la enfermedad de otras personas. Las atribuciones causales también pueden influir sobre la forma en que una persona responde a su propia enfermedad. Una reciente revisión de los estudios sobre las atribuciones de las enfermedades coronarias entre pacientes de enfermedades coronarias e individuos sanos concluía que los factores relativos al estilo de vida y al estrés eran las atribuciones más comunes, siendo la última la que más probabilidades tenía de ser mencionada por los pacientes de ataques al corazón más que por los no pacientes, lo que sugiere una forma de sesgo de autoconservación (French, Senior, Weinman *et al.*, 2001). En otro estudio se encontraron las mismas principales atribuciones causales de los ataques al corazón, donde el estrés, el historial familiar, fumar, comer alimentos grasos y el trabajo como causas, independientemente de que estas atribuciones fueran *espontáneas* (cuando se pedía a los entrevistados que describieran qué es lo que pensaban sobre su enfermedad), *elicidadas* (cuando se preguntaba por sus

ideas sobre qué es lo que podría haber provocado el ataque al corazón) o *sugeridas* (cuando se pedía que se contestase «sí», «no» o «puede» a una lista de 34 causas) (Gudmundsdottir *et al.*, 2001).

Cuando se analizaron las atribuciones en una etapa anterior de la experiencia de la enfermedad, es decir, en el momento de percepción de los síntomas, Swartzman y Lees (1996) encontraron que las dimensiones atribucionales de posibilidad de control, lugar (interno/externo) y estabilidad que se mencionan consistentemente en los estudios sobre la atribución de enfermedades, sólo estaban respaldadas parcialmente. Los síntomas estudiados eran fundamentalmente los que reflejaban malestar físico, y se encontró que se atribuían, o bien a una dimensión físico (por ejemplo, edad, esfuerzo)-no físico (por ejemplo, estrés, estado de ánimo); a una dimensión de capacidad de control personal elevada-baja, y a una dimensión que se pensaba que reflejaba la capacidad de control por parte de los profesionales sanitarios/tratable frente a estabilidad/no tratable, aunque esta dimensión no estaba tan clara. Las atribuciones de las causas de los síntomas (en vez de las atribuciones de la causa de una enfermedad confirmada) podrían constituir un campo que merecería la pena seguir analizando. Si se percibe que la causa del malestar no es física, está bajo un elevado control personal, y es estable/no tratable, la interpretación, la respuesta, y la conducta de búsqueda de atención sanitaria serán muy diferentes a aquellas observadas cuando la causa del malestar se supone física, con un bajo control personal y tratable.

Las atribuciones causales pueden ser erróneas, lo que tiene consecuencias para el comportamiento del enfermo, como la búsqueda de asistencia médica; por ejemplo, un hombre de edad media puede atribuir un dolor de pecho a una indigestión, más que a considerar que se trata de las primeras señales de un problema coronario/una angina; o se pueden atribuir los dolores de cabeza persistentes al estrés, aunque podrían ser un indicio de un tumor.

■ Influencias durante el ciclo de vida

Los jóvenes con diabetes, tanto preadolescentes como adolescentes, han sido descritos como individuos que tienen «una comprensión básica de la naturaleza, causa y curso de su enfermedad y del tratamiento recomendado» (Standiford, Turner, Allen *et al.*, 1997, citado en Griva, Myers y Newman, 2002). Sin embargo, es probable que los niños pequeños se diferencien de los adolescentes en la conciencia de su enfermedad y sus repercusiones aunque sólo sea por la etapa del desarrollo cognitivo alcanzado (Bibace y Walsh, 1980; véase el Capítulo 1) y sus experiencias vitales o conocimientos acumulados (Bird y Podmore, 1990; Eiser, 1985; Goldman *et al.*, 1991). Poca investigación se ha realizado con niños muy pequeños y con enfermos y sus percepciones, interpretaciones y respuestas a la enfermedad, por diversas razones, incluyendo cuestiones éticas en la evaluación de los niños enfermos y las exigencias de las entrevistas cara a cara, cues-

tiones metodológicas como la limitada disponibilidad de herramientas de evaluación validadas para los niños, o los retos que plantean sus limitadas habilidades lingüísticas y cognitivas. Sin embargo, se han llevado a cabo algunos estudios. Por ejemplo, cuando se comparó a niños sanos con niños con diabetes, se encontraron pocas diferencias respecto a los conocimientos sobre las enfermedades que no fueran la propia diabetes (Eiser, Paterson y Tripp, 1984). Aunque varios de los primeros estudios realizados con niños sanos se centraban en las atribuciones de la causa, las investigaciones posteriores han reconocido la multidimensionalidad de las percepciones de la enfermedad. Un ejemplo útil es un estudio de niños franceses de entre 5 y 12 años (Normandeau, Kalnins, Jutras *et al.*, 1998), en el que se encontró que existe una concepción multidimensional de la salud, a pesar de existir algunas diferencias en función del grupo de edad (este estudio se describió en el Capítulo 1). Por supuesto, la responsabilidad de actuar en función de las percepciones de la enfermedad o de la interpretación de los síntomas y la posterior búsqueda de atención sanitaria (o no) suele depender de los progenitores o cuidadores, más que del propio niño, y, por tanto, algunos estudios intentan determinar las percepciones de la enfermedad que tienen los padres además del niño. En un estudio piloto con nueve niños asmáticos (con edades comprendidas entre los 12 y los 15 años) y 11 de sus progenitores (Morrison, Hutchinson y McCarthy, 2000), aunque no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la gravedad percibida de la enfermedad, la aplicación del IPQ mostró mayores percepciones de control sobre el asma del niño en los padres que las que referían los propios niños. Es necesario hacer un análisis más detallado para averiguar si estas diferencias influyen sobre los resultados de salud como en la adherencia al tratamiento.

Planificación y acción: respuesta a los síntomas

Como se ha descrito en este capítulo, el primer paso hacia la búsqueda de atención médica parte de que el individuo reconozca que tiene síntomas de una enfermedad, y puede ser necesario que pase cierto tiempo antes de que se dé este paso. En muchos casos, las personas optan por tratarse ellas mismas la enfermedad mediante la automedicación, ya sea con productos farmacéuticos o medicamentos de herbolario o sin patente, y otras personas optan por descansar o irse a la cama y ver si se recuperan de forma natural. Una serie de encuestas ha sugerido que menos de la cuarta parte de las enfermedades son vistas por un médico.

Kasl y Cobb (1966a) hacen referencia al comportamiento de los individuos que están experimentando síntomas, pero que no han buscado todavía asesoramiento médico ni recibido un diagnóstico, como **conducta de enfermedad**. La conducta de enfermedad incluye tumbarse y descansar, la automedicación, y la búsqueda de compasión, apoyo y consejos informales en un intento de determinar cuál es el estado de salud propio. Muchas per-

Conducta de enfermedad

Comportamiento que caracteriza a una persona que está enferma y que está buscando un remedio, por ejemplo, medicándose. Normalmente precede al diagnóstico formal, cuando se describe el comportamiento como el *papel de enfermo*.

Sistema de expertos no profesionales

Red informal de individuos (por ejemplo, amigos, familiares, compañeros de trabajo) a los que se acude en busca de consejo o información sobre síntomas y otras cuestiones relacionadas con la salud. A menudo se utiliza, aunque no de forma exclusiva, antes de buscar una opinión médica formal.

sonas se muestran renuentes a acudir al médico cuando experimentan inicialmente un síntoma y buscan primero, por el contrario, consejos en un **sistema de referencias de legos**, que incluye generalmente a los amigos, familiares o compañeros de trabajo (Croyle y Barger, 1993). Por tanto, los síntomas no siempre son suficientes para motivar una visita al médico.

Una vez que los individuos reconocen un conjunto de síntomas, los etiquetan y se dan cuenta de que podrían ser un indicio de un problema médico teniendo, por tanto, la opción de:

- ignorar los síntomas y esperar a que remitan;
- buscar consejos de terceros;
- acudir a un profesional de la salud.

Algunas personas hacen las tres cosas.

Nuestra respuesta a síntomas que pueden incluso ser graves también podría demorarse para ver si las cosas mejoran o si los intentos de cuidarse uno mismo permiten mejorar la situación. Kentsch, Rodenmerk, Muller-Esch *et al.* (2002) refieren un ejemplo dramático al encontrar que más del 40 por ciento de los pacientes que pensaban que estaban padeciendo un ataque al corazón y *que consideraban que podría ser potencialmente fatal*, esperaban más de una hora antes de solicitar ayuda médica. Esta demora habría tenido un impacto significativo sobre la consecuencia de su enfermedad. El tratamiento con fármacos «destructores de coágulos», que disuelven el coágulo que provoca el infarto de miocardio y minimizan los daños al corazón, tiene la máxima eficacia cuando se administra en el plazo de una hora tras la aparición de los problemas. Prohaska, Funch y Blesch (1990) mencionan otro ejemplo de demora en una condición más crónica pero igualmente grave, ya que encontraron que la primera respuesta de más del 80 por ciento de su muestra de pacientes con cáncer colorrectal era utilizar medicamentos que se venden sin receta. Los pacientes esperaban una media de siete meses antes de buscar ayuda médica. Cockburn, Paul, Tzelepis *et al.* (2003) también recopilaron una significativa evidencia empírica de nuestra capacidad de ignorar síntomas importantes. En una encuesta realizada a más de 1.000 adultos encontraron que el 23 por ciento de su muestra afirmaba haber visto sangre en sus heces (un síntoma de un potencial cáncer de colon), pero sólo la tercera parte había referido estos síntomas a un médico. Tal vez sea más alentadora la referencia de los bultos y anomalías en el pecho por parte de las mujeres en un estudio de Meehan, Collins y Petrie (2002). Los autores encontraron que, de su muestra de mujeres que habían identificado bultos en el pecho tras una autoexploración, el 40 por ciento había acudido al médico en un plazo inferior a siete días, el 52 por ciento en 14 días, el 69 por ciento en 30 días, y sólo el 14 por ciento había esperado más de 90 días. Sin embargo, es necesario señalar que, incluso en este grupo de mujeres sensibilizadas por su salud que dieron pasos activos para identificar y prevenir la enfermedad, una proporción significativa seguía retrasando significativamente informar de sus síntomas al médico.



La salud es uno de nuestros atributos más preciados. Sin embargo, muchas personas que temen que puedan padecer una enfermedad (en algunos casos, una enfermedad que consideran mortal) demoran la búsqueda de ayuda médica. Resulta interesante que las personas que están con otra persona que conocen cuando se producen sus síntomas tienen más probabilidades de buscar ayuda que las personas que se encuentran solas en el momento en que experimentan los síntomas. Parece que, al hablar con esta persona, reciben «permiso» para buscar ayuda médica. La mayoría de los médicos pueden contar historias sobre personas que han demorado la búsqueda de ayuda médica incluso ante claras señales de que «algo va mal». ¿Por qué ocurre esto? ¿Tienen miedo de que sus temores, tal vez de tener un cáncer, estén justificados, o de que el tratamiento que puedan recibir no sea eficaz o les resulte demasiado duro? ¿Qué tipo de personas tienen más probabilidades de buscar ayuda médica cuando aparecen los síntomas? ¿Qué tipo de personas es probable que no lo haga? ¿Cuáles son los motivos para demorar la búsqueda de ayuda? Piense en sus propias experiencias de enfermedad y en las de sus allegados.

Comportamiento de demora en la búsqueda de ayuda médica

Morbilidad

Costes relacionados con las enfermedades, como incapacidad y lesiones.

En este caso, el comportamiento de demora hace referencia a los retrasos de un individuo en buscar ayuda médica frente a las demoras del propio sistema de atención sanitaria. Los estudios sobre los pacientes de cáncer han demostrado que las demoras de la presentación de los síntomas para recibir atención médica están muy relacionadas con los resultados de **morbilidad** y de mortalidad (por ejemplo, Andersen, Cacioppo y Roberts, 1995; Richards, Westcombe, Love *et al.*, 1999) y, por tanto, es importante comprender los factores que influyen sobre el comportamiento de demora.

Safer, Tharps, Jackson *et al.* (1979) han desarrollado un modelo sobre el comportamiento de demora en la búsqueda de ayuda médica, que se define como el tiempo que transcurre entre que se reconoce un síntoma y se busca ayuda. Describen tres etapas de toma de decisiones (*véase* la Figura 9.4) y señalan que una persona participará en el tratamiento sólo cuando haya pasado por las tres etapas y haya contestado positivamente a las preguntas que se plantean en cada etapa.

En la primera etapa la persona deduce que está enferma al percibir un síntoma o síntomas: la demora para alcanzar esta conclusión se denomina «demora de valoración». A continuación la persona analiza si necesita atención médica o no, y el tiempo para tomar esta decisión se denomina «demora de la enfermedad». La etapa final representa el tiempo que transcurre entre que se decide que se necesita atención médica y la acción real respecto a esta decisión consistente en pedir una cita o acudir a un hospital. Se denomina «demora de la utilización».

Para ilustrar estas tres etapas, vamos a imaginar que el domingo se levanta con dolor de garganta (reconocimiento de los síntomas); el martes

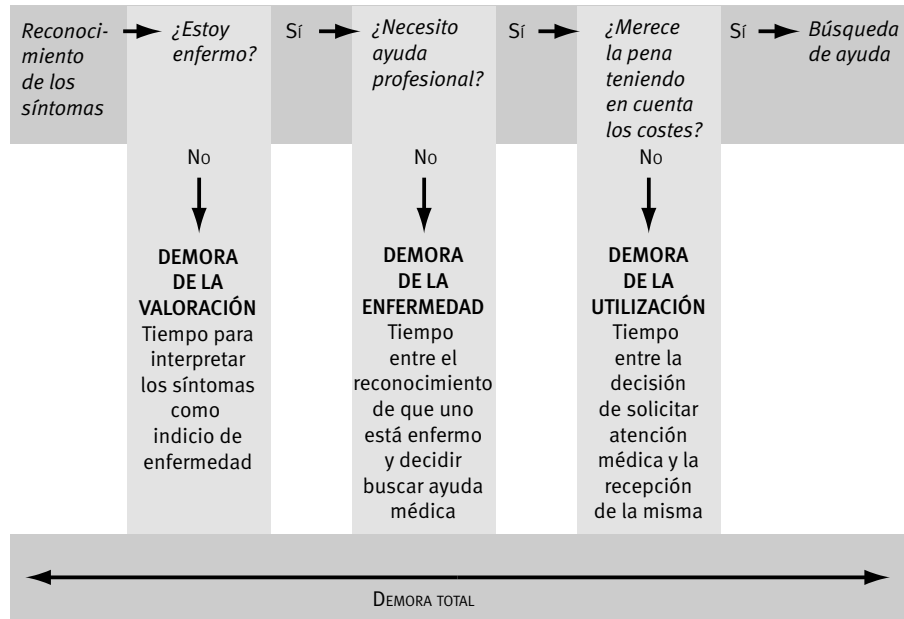


Figura 9.4 El modelo sobre el comportamiento de demora en la búsqueda de ayuda médica.

Fuente: Adaptado de Safer, Thorps, Jackson y Leventhal (1979).

decide que está enfermo (demora de la valoración); el miércoles decide ir a ver al médico (demora de la enfermedad); el viernes acude al médico (demora de la utilización). Esta última demora puede no estar bajo el control del individuo ya que incluye el tiempo que transcurre hasta que obtiene su cita (lo que se conoce como «demora de la cita») en contraposición al tiempo que se tarda en *pedir* la cita. La duración de cada periodo de demora variará probablemente en función de los distintos síntomas y enfermedades siendo, por ejemplo, mayor la demora de valoración para síntomas personales embarazosos como una hemorragia rectal, si bien es probable que la demora de la cita sea breve. Por tanto, resulta evidente que la valoración es crucial para que progrese el proceso de búsqueda de ayuda, sobre todo cuando los síntomas son potencialmente mortales.

Entonces, ¿por qué hay tanta gente que demora la búsqueda de ayuda? Hay muchas razones por las que se demora la búsqueda de tratamiento, incluyendo la clase social y el nivel educativo (cuanto menor sea el nivel de educación y la renta, mayor la demora; véase el Capítulo 2), la edad, el sexo, la ignorancia del significado de los síntomas, el hecho de acostumbrarse a los síntomas, sentirse invulnerable (véase el optimismo irrealista), creer que no se puede hacer nada (relacionado con las percepciones sobre el tratamiento, véase más adelante) y, muy frecuentemente, el miedo. Las secciones anteriores acerca de las influencias sobre la percepción e interpretación de los síntomas también son relevantes aquí. La Tabla 9.2 presenta un resumen de las razones que diferencian entre buscar y no buscar una consulta médica entre una muestra de 215 adultos chinos que padecían dispepsia funcional, una condición que se manifiesta por dolor del

Tabla 9.2 Razones para buscar, o no, asesoramiento médico

Razón	N	%
Acuden al médico (N = 109)		
Buscan información sobre los síntomas	46	42
Buscan una explicación de las causas de los síntomas	37	34
Buscan asesoramiento para curar los síntomas	26	24
No acuden al médico (N = 106)		
No tienen tiempo	29	27
Creen que los síntomas desaparecerán rápidamente	27	25
No quieren darse de baja en el trabajo	21	20
Creen que los síntomas son algo normal en una ajetreada vida urbana	10	10
Tienen sentimientos desagradables hacia los hospitales	9	8
Creen que no pasa nada grave y que no es ningún problema	6	6
Otros	4	4

Fuente: Cheng, C. (2000) *Psychosomatic Medicine*, 62: 844-852.

tracto gastrointestinal superior y eructos frecuentes, que no tiene ninguna razón bioquímica o estructural subyacente (Cheng, 2000). Esta tabla pone de relieve muchas de las razones para buscar y no buscar atención sanitaria que abordamos en esta sección.

■ Tipo de síntoma, localización y prevalencia percibida

Los síntomas que son visibles, dolorosos, perturbadores, frecuentes y persistentes suelen llevar a la acción (Mechanic, 1978). Si un síntoma es fácilmente visible para uno mismo y para los demás, por ejemplo, un sarpullido, se demorará menos la búsqueda de tratamiento. Cuando los individuos terminan considerando que sus síntomas son graves (esta gravedad percibida puede ser confirmada por el médico, o no), anormales (por ejemplo, no parece que nadie más lo haya tenido) y que pueden ser controlados o tratados con una intervención médica, se emprenden acciones. Los efectos o consecuencias de los síntomas también son importantes. Cuando los síntomas amenazan las relaciones normales con los amigos y la familia, o cuando perturban los patrones habituales de actividad o interacción, la gente suele buscar ayuda (Prohaska *et al.*, 1987; Peay y Peay, 1998). Sin embargo, Grunfeld y colaboradores (2003) encontraron que, incluso cuando una mujer identifica un síntoma de un potencial cáncer de mama, un significativo número de mujeres con edades entre los 35 y los 54 años afirmó que la búsqueda de ayuda sería, en sí misma, perturbadora para su estilo de vida y, por tanto, demoraron la búsqueda de atención sanitaria.

Se ha demostrado que la localización del síntoma influye sobre la utilización de un sistema de expertos no profesionales y/o acudir al médico. Por ejemplo, es posible que se analicen los dolores de cabeza persistentes con los amigos y los familiares antes de buscar ayuda médica, pero no un escozor persistente, o la detección de un bulto en la zona genital. Ciertas

partes del cuerpo son más dadas a hablar sobre ellas que otras. Los atributos relacionados con algunas enfermedades también pueden hacer que sea más o menos fácil referirlos. Por ejemplo, De Nooijer, Lechner y de Vries (2001) señalan que la vergüenza o el bochorno contribuían significativamente a demorar el informe de síntomas que posteriormente se descubrió que estaban relacionados con el cáncer. Ésta es una de las razones por las que se diagnostican tarde los cánceres testiculares, con consecuencias potencialmente graves para el éxito del tratamiento (para un análisis más detallado de las cuestiones relacionadas con las pruebas de detección del cáncer, véase el Capítulo 4).

Además, se ha visto que la gente emite juicios sobre la prevalencia de los síntomas y la enfermedad que influyen sobre su interpretación y sobre la búsqueda de atención médica (por ejemplo, Ditto y Jemmott, 1989). Se ha descubierto que las enfermedades de las que tiene experiencia una persona se consideran más prevalentes, tanto por los estudiantes *como* por los médicos, y que las enfermedades que se consideran prevalentes tienden a ser consideradas como menos graves o amenazantes (Jemmott, Croyle y Ditto, 1988). Esta potencial normalización de algunas amenazas para la salud podría tener consecuencias peligrosas. También resulta preocupante la evidencia empírica sobre opiniones sesgadas sobre la epidemiología de trastornos entre los profesionales de la salud/médicos dependiendo de su propia experiencia personal; ello podría sesgar potencialmente el diagnóstico hacia condiciones que se perciben como muy comunes en vez de hacia las que se consideran que son tan infrecuentes que es improbable que se padezcan.

■ Razones económicas de la demora

Para algunos, buscar refugio en el rol de enfermo tras un diagnóstico formal puede constituir una opción atractiva si permite al individuo liberarse de sus responsabilidades y obligaciones habituales. Sin embargo, algunas personas no quieren que se las declare enfermas por las repercusiones sociales que esto podría tener (si estoy enfermo, ¿cómo puedo ir a esa fiesta? Si estoy enfermo, ¿quién se va a ocupar de mis hijos?); las repercusiones profesionales (si me doy de baja voy a tener el doble de trabajo cuando vuelva. Si estoy de baja, ¿se quedará otra persona con mi puesto de trabajo?); o por las repercusiones económicas (no me puedo permitir el lujo de reducir mi sueldo y perder las horas extra estando enfermo; no me puedo permitir el lujo de pagar las pruebas médicas o las medicinas). En Estados Unidos algunas personas demoran la búsqueda de atención médica cuando sus recursos económicos para financiar el tratamiento previsto son limitados; estos individuos suelen pertenecer al 16 por ciento de ciudadanos estadounidenses (predominantemente hispanos y negros que no tienen un seguro médico (USBC, 1999). Afortunadamente, otros países tienen sistemas de atención sanitaria que hacen que la economía personal no sea una barrera para el tratamiento, como por ejemplo el National Health Service en el Reino Unido.

■ Influencias culturales sobre el comportamiento de demora

Pachter (1994) sugiere que las demoras en la búsqueda de ayuda médica profesional pueden ser particularmente frecuentes entre los miembros de las culturas cuyas creencias sobre las causas de la enfermedad no se «ajustan» a la visión biomédica de la enfermedad y del tratamiento. Muchos individuos de estas culturas con visiones tradicionales sobre la causalidad de las enfermedades, como las que se han descrito anteriormente en este capítulo, buscarán curas relevantes para su cultura, incluyendo, por ejemplo, tratamientos a base de hierbas y de animales, acupuntura, curación por la fe, etcétera. En algunos casos, esto puede estar relacionado con una búsqueda paralela de ayuda médica; en otros, la búsqueda de tratamiento médico occidentalizado puede tenerse en consideración únicamente cuando la condición no responde a los remedios más tradicionales (Chalmers, 1996; Heine y Lehman, 1995; Lim y Bishop, 2000; Quah y Bishop, 1996).

■ Edad y comportamiento de demora

Los jóvenes y los mayores utilizan los servicios sanitarios con más frecuencia que otros grupos de edad (*véase* el Capítulo 2). La aparición severa de síntomas agudos tiende a dar lugar a una búsqueda de atención médica más rápida, sobre todo entre las personas de mediana edad, mientras que las personas mayores suelen acudir al médico más rápido independientemente de la gravedad de los síntomas y a pesar del hecho de que inicialmente se atribuyen comúnmente muchos síntomas al envejecimiento (Prohaska *et al.*, 1987). Se ha interpretado que el hecho de que los mayores acudan más rápidamente a los profesionales de la atención sanitaria deriva de la necesidad de eliminar la incertidumbre entre la gente más mayor, mientras que los de mediana edad pueden intentar minimizar sus problemas hasta que han empeorado o no desaparecen de forma natural (Leventhal y Diefenbach, 1991). En lo concerniente a la búsqueda de ayuda médica para un niño sintomático, la decisión suele provenir de un progenitor o cuidador, aunque esto cambia de alguna manera al final de la adolescencia, cuando estos jóvenes pueden mostrarse reacios a buscar atención médica, sobre todo si sus síntomas son algo que quieren ocultar a sus padres (Cheng, Savageau, Sattler *et al.*, 1993). Los adolescentes también pueden demorar la búsqueda de atención sanitaria por un sentido de invulnerabilidad y el optimismo consiguiente sobre la susceptibilidad a los problemas de salud (*véase* el Capítulo 3).

■ Sexo y comportamiento de demora

Cómo se ha señalado anteriormente, las mujeres suelen utilizar los servicios sanitarios más que los hombres. Esto puede reflejar una mayor atención prestada a los estados internos y a las señales corporales (*véase* la sección sobre la percepción de los síntomas), la socialización por sexo o el hecho de que las mujeres utilizan mejor sus redes de apoyo social y de expertos no profesionales las cuales promueven el comportamiento de bús-

queda de atención sanitaria (Berkman, 1984; Krantz y Orth, 2000). Es probable que cualquier explicación tenga múltiples facetas. Un reciente estudio francés (Melchior, Berkman, Niedhammer *et al.*, 2003) encontró que la situación laboral, y no el sexo, influía sobre el uso del apoyo social, y que las personas con un bajo nivel social informaban de un mayor apoyo. Esto contradice los hallazgos estadounidenses y británicos (Mermot *et al.*, 1998; Stansfeld *et al.*, 1998), en los que la situación socioeconómica baja estaba relacionada con un menor apoyo social. La interacción entre el sexo, el nivel socioeconómico, el apoyo social y el uso de la atención sanitaria no se comprende todavía totalmente (*véase* el Capítulo 2).

Las diferencias de sexo en la búsqueda de ayuda médica se pueden deber al distinto significado que se otorga al comportamiento saludable por parte de los dos sexos (Courtenay, 2000). Se propone que estas diferencias reflejan cuestiones relacionadas con la masculinidad, la feminidad y el poder. Los hombres demuestran su masculinidad y poder teniendo comportamientos de riesgo para la salud y no mostrando signos de debilidad, incluso cuando están enfermos. Por su parte, las mujeres no tienen estos problemas y están más dispuestas a buscar ayuda médica según lo consideren necesario. Siguiendo una línea argumental parecida, Verbrugge y Steiner (1985) sugieren que las mujeres suelen tener más conocimientos de los signos y síntomas de las enfermedades que los hombres, están más preocupadas por su salud y están más dispuestas a afrontar las repercusiones de cualquier síntoma que los hombres. En el contexto del cáncer testicular, de colon y de próstata, por ejemplo, las mujeres suelen ser muy influyentes a la hora de animar a sus parejas masculinas a acudir a la consulta del médico.

Finalmente, la paternidad-maternidad (la maternidad se ha estudiado hasta la fecha más ampliamente que la paternidad) también puede influir sobre la búsqueda de ayuda. Tal vez de manera sorprendente, se ha demostrado que se puede recurrir más a la autoayuda o a la ayuda médica en el caso de síntomas que se consideran menores que en el caso de síntomas que se perciben como graves, lo que tal vez sugiere que se evitan los diagnósticos que podrían interferir con el rol paterno-materno (Timko y Janoff-Bulman, 1985).

■ Influencia de los demás sobre el comportamiento de demora

La búsqueda de atención sanitaria no lleva de manera inevitable a una persona a desempeñar el papel de enfermo, ya que se puede proporcionar un tratamiento eficaz que la libere de sus síntomas y le permita seguir con su vida habitual. Sin embargo, los individuos suelen emprender acciones únicamente cuando otros de su red de expertos no profesionales los animan a hacerlo o cuando se dan cuenta de que otros que tuvieron el mismo problema buscaron ayuda en el pasado. Parece que muchas personas buscan un «permiso» de sus amigos o familiares para buscar ayuda, y son más reacios a buscar ayuda sin este permiso (Finnegan, Meischke, Zapka *et al.*, 2000; Kentsch *et al.*, 2002). En relación con esta cuestión se encuentran las demoras que se deben a «no querer molestar a nadie».

La discusión de los síntomas con otras personas puede ser útil. Por ejemplo, Turk, Litt, Salovey *et al.* (1985) han encontrado que el descubri-

miento de la existencia de un historial familiar de los síntomas que se están experimentando actualmente lleva a contactar con el sistema de atención sanitaria. Estas revelaciones del historial familiar o de las experiencias de enfermedad de los otros son un resultado probable de las conversaciones en la red de expertos no profesionales. Sin embargo, no todas las redes sociales son útiles: algunas de las personas a las que se consulta pueden desconfiar de los médicos tras haber tenido experiencias personales negativas; otras pueden creer en tratamientos o terapias alternativas más que en las vías médicas tradicionales. Por tanto, el uso de redes de expertos no profesionales puede aumentar o reducir la demora de la búsqueda de atención sanitaria.

■ Creencias sobre el tratamiento y comportamiento de demora

Horne y Weinman (Horne, 1999; Horne y Weinman, 1999) sugieren que la ampliación del modelo de autorregulación de Leventhal (descrito anteriormente en este capítulo) con la que se considera que, además de las percepciones de la enfermedad que predicen las respuestas a la enfermedad, los beneficios percibidos que espera un individuo de cualquier tratamiento que pueda recibir por buscar ayuda médica también son factores predictivos. Por ejemplo, el creer que uno padece una enfermedad grave, pero que se puede curar con tratamiento, tiene más probabilidades de dar lugar a una búsqueda de ayuda médica que el conjunto de creencias opuestas. La identificación de las representaciones sobre el tratamiento (Horne y Weinman, 1999) pone de relieve las percepciones en torno a las medicinas como curativas, de alivio de los síntomas o como perturbadoras, perniciosas o adictivas. Las representaciones sobre la medicación y el conocimiento sobre la racionalidad del tratamiento se han asociado con la adherencia al tratamiento en poblaciones de adultos (por ejemplo, McElnay y McCaIlloon, 1998; Horne y Weinman, 1999, 2002), y esto constituye un campo de investigación creciente. Otro efecto adicional de las creencias sobre el tratamiento podría ser un efecto sobre las decisiones de buscar asesoramiento de un profesional sanitario para un síntoma o no.

Tal vez a causa de la creciente preocupación sobre algunos tratamientos médicos tradicionales (por ejemplo, los antibióticos, los esteroides, la terapia de sustitución hormonal), un creciente número de individuos está utilizando lo que se conoce como terapias alternativas que incluyen intervenciones físicas y farmacológicas no tradicionales, como la acupuntura, la quiropráctica, la homeopatía y la medicina china tradicional con hierbas. Resulta interesante que los que recurren a estos tratamientos tienden a estar en los grupos con mayor educación y mejor situación económica de la sociedad (Astin, 1998).

■ Miedo, negación y comportamiento de demora

El miedo y la ansiedad se han relacionado de forma inconsistente con la demora de la búsqueda de atención sanitaria. O'Carroll, Smith, Grubb

et al. (2001), por ejemplo, encontraron que los individuos que tenían una puntuación relativamente elevada en una medida de la ansiedad disposicional tenían más probabilidades de buscar ayuda rápidamente tras la aparición de los síntomas que sus homólogos menos ansiosos. Aunque el miedo a los médicos, los procedimientos del tratamiento o los entornos médicos puede demorar la búsqueda de atención sanitaria, y la ansiedad rasgo, el neuroticismo y el afecto negativo suelen aumentar el uso de la atención sanitaria, parece que la ansiedad específica a la enfermedad es menos influyente. Por ejemplo, Keinan, Carmil y Rieck (1991) han encontrado que la demora de la búsqueda de atención médica entre las mujeres que se encuentran un bulto en el pecho no se relacionaba de forma significativa con la ansiedad. Esta ausencia de relación también ha sido referida entre los que tienen cáncer en la cabeza y el cuello (Tromp, Brouha, DeLeeuw *et al.*, 2004).

La propia emoción puede ser insuficiente para determinar el comportamiento de búsqueda de atención sanitaria, dada la importancia descrita anteriormente de los prototipos de las enfermedades, la percepción e interpretaciones de los síntomas y las creencias sobre los tratamientos, que actúan todas juntas para conformar la respuesta de un individuo ante una amenaza para su salud. Por ejemplo, una persona que tiene mucha ansiedad sobre un síntoma y cree que significa que padece una enfermedad terminal para la que no hay tratamiento tiene menos probabilidades de buscar atención médica rápidamente que una persona que tiene la misma ansiedad pero cree que el síntoma puede ser una advertencia temprana de una condición para la que existe un tratamiento preventivo o curativo.

Otra respuesta más a las amenazas para la salud es la negación. Se ha encontrado que las personas que recurren a la negación mostraban, por lo general, una menor percepción de los síntomas y una menor referencia de los mismos, y una mayor demora en la búsqueda de ayuda (Jones, 1990; Zervas, Augustine y Fricchione, 1993). Se pensaba que las creencias optimistas no realistas sobre la situación de salud o enfermedad reducían el hecho de informar acerca de los síntomas y el comportamiento saludable preventivo mediante un incremento de la negación. Sin embargo, en un reciente estudio sobre el informe de los síntomas por parte de pacientes con esclerosis múltiple o de diabetes dependiente de la insulina (de Ridder, Fournier y Bensing, 2004) no se confirmó ninguna de esas relaciones. Por otro lado, Aspinwall y Brunhart (1996) han señalado que el optimismo no es necesariamente irrealista y desadaptativo, sino que las creencias optimistas pueden, de hecho, mejorar el reporte de los síntomas al permitir que los individuos presten atención a los síntomas sin percibirlos como una amenaza. Tromp *et al.* (2004) apoyan este planteamiento con un estudio sobre los factores de predicción de la demora entre pacientes con cáncer de cuello y cabeza, donde se encontró que la demora era mayor (más de 3 meses) entre los que puntuaban bajo en optimismo, así como entre los que tenían un menor afrontamiento activo, un menor apoyo social y una menor **salud resistente**.

Finalmente, tras el diagnóstico, Kasl y Cobb describen cómo asumen los individuos el rol de enfermo cuando se han validado los síntomas (y cómo

Salud resistente

El grado en que una persona está comprometida e implicada en actividades relevantes para la salud, percibe que tiene el control sobre su propia salud y responde a los factores de estrés para la salud como retos u oportunidades de crecimiento.

éstos pueden aumentar una vez que han sido etiquetados; Kasl y Cobb, 1966b). A continuación, los individuos se esfuerzan para mejorar o preservar su estado de salud, evitando actividades o mayores lesiones. En el siguiente capítulo se analiza la forma en que los individuos se comunican con los profesionales de la salud y siguen su tratamiento.

Resumen

Este capítulo ha descrito los diversos procesos que atraviesan los individuos antes de decidir que puede que estén enfermando. Hemos descrito cómo puede la gente tomar conciencia, o no, de determinadas señales corporales dependiendo del contexto en el que las experimenta y de las características individuales, como el neuroticismo. Existen tanto factores internos como externos que influyen sobre el grado en que una persona presta atención a sus estados corporales, y sobre cómo interpreta posteriormente las señales corporales como síntomas. Hemos descrito cómo, tras la interpretación de los signos corporales como síntomas de una enfermedad subyacente, la persona los compara con prototipos preexistentes de las enfermedades, derivados de sus experiencias personales o de fuentes de información externas. Se ha descubierto que las creencias que tienen los individuos sobre las enfermedades se agrupan en torno a cinco dominios: identidad percibida (etiqueta), cronología, consecuencias, cura-control y causa. Estas formas de pensar sobre la enfermedad son relativamente estables entre diversos grupos de pacientes, pero las creencias específicas pueden ser distintas para un individuo sano. Finalmente, hemos descrito una serie de factores personales, sociales y emocionales que influyen sobre si una persona responde a sus síntomas buscando asesoramiento de un profesional de la salud. El camino desde la percepción como síntoma de una señal corporal hasta la consulta del médico suele ser largo, y la demora en la búsqueda de atención sanitaria puede, en sí, perjudicar la salud. Por tanto, la psicología de la salud tiene un importante papel que desempeñar en la identificación de los factores que influyen en este camino para poder maximizar la probabilidad de que se obtengan resultados de salud positivos para los pacientes.

Lecturas recomendadas

Buick, D. y Petrie, K. (2002). «I know just how you feel»: The validity of healthy women's perceptions of breast cancer patients receiving treatment. *Journal of Applied Social Psychology* 32: 110-123.

Este artículo pone de relieve el hecho de que la experiencia personal moldea las percepciones que tiene cada uno de una determinada enfermedad en cuanto a sus causas, consecuencias y resultados del tratamiento. Las diferencias de las percepciones de los grupos de población legos y los «pacientes» tienen implicaciones en cuanto a las respuestas de la sociedad y de los cuidadores.

Leventhal, H., Nerenz, D. R. y Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. En A. Baum, S. E. Taylor y J. E. Singer (eds.) *Handbook of Psychology and Health: Social Psychological Aspects of Health*, vol. 4. (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Este capítulo describe el modelo de autorregulación de la enfermedad de Leventhal y destaca la evidencia empírica que pone de relieve las implicaciones de las representaciones de la enfermedad o de la cognición para el afrontamiento de los problemas de la enfermedad.

Martin, R., Rothrock, N., Leventhal, H. y Leventhal, E. (2003). Common sense models of illness: implications for symptom perception and health-related behaviours. En J. Suls y K. A. Wallston (eds.), *Social Psychological Foundations of Health and Illness* (pp. 199-225). Oxford: Blackwell.

Este capítulo, incluido en un excelente y bien documentado manual, proporciona una clara y exhaustiva revisión de los modelos de sentido común sobre cómo interpreta y reacciona a los síntomas el ciudadano de a pie (aborda el papel de la atención, la cognición y las representaciones de la enfermedad, el estado de ánimo, el contexto social y la cultura).

La consulta y más allá de la consulta

CAPÍTULO

10

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- El proceso de la consulta médica.
- El movimiento hacia la «toma de decisiones compartidas y las cuestiones que plantea.
- Los factores que contribuyen a las consultas eficaces e ineficaces con los profesionales de la salud.
- Las cuestiones relacionadas con el proceso de «dar malas noticias».
- Cuestiones relativas a la toma de decisiones médicas.
- Factores que influyen sobre la adhesión al tratamiento médico.
- Intervenciones para mejorar la adhesión de los pacientes y los profesionales sanitarios.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

Independientemente de que se esté en un hospital o en la comunidad, las conversaciones entre los profesionales sanitarios y los pacientes son uno de los medios más importantes con los que ambos grupos dan y reciben información relevante para las decisiones médicas, para el tratamiento y para el autocuidado. Como tal, la consulta sigue siendo una de las facetas más importantes de la atención médica. Una buena comunicación mejora la eficacia de la atención; una mala comunicación puede llevar a los médicos a hacer un mal diagnóstico y a tomar malas decisiones sobre el tratamiento, dejando insatisfechos a los pacientes e incapaces, o poco dispuestos, a seguir adecuadamente el tratamiento. Este capítulo analiza una serie de factores que contribuyen a la calidad de la consulta, y a cómo actúan los médicos y pacientes en función de la información obtenida. Empieza analizando el proceso de consulta: lo que constituye una «buena» o «mala» consulta. A continuación, pasa a analizar cómo utilizan los médicos la información que se les ha dado en la consulta para tomar sus decisiones de diagnóstico. Finalmente, el capítulo analiza cómo influyen los factores durante la consulta y, una vez finalizada ésta, sobre el seguimiento que hacen los pacientes de los tratamientos médicos recomendados en la consulta y el grado en que siguen las recomendaciones.

La naturaleza del encuentro

Las consultas son un momento crítico, tanto para los médicos como para otros profesionales de la salud, para obtener información con la que tomar sus decisiones de diagnóstico y tratamiento. Podrán hacer un seguimiento de los progresos y cambiar el tratamiento en función de la información obtenida en la consulta. También ofrece tiempo al paciente para discutir las cuestiones relevantes y obtener información sobre su estado y su tratamiento. Como señalan Ong, de Haes, Hoos *et al.* (1995), los objetivos clave de la consulta son:

- desarrollo de una buena relación entre el profesional de la atención sanitaria y el paciente;
- intercambio de información relevante;
- toma de decisiones relevantes.

El proceso por el que se alcanzan estas metas ha sido esbozado por una serie de investigadores. Uno de los primeros análisis fue realizado por Byrne y Long (1976) que identificaron cinco fases en la consulta médica típica:

1. El médico establece una relación con el paciente.
2. El médico intenta descubrir la razón por la que el paciente ha acudido a la consulta.
3. El médico realiza un examen verbal, físico, o ambos.
4. El médico, o el médico y el paciente, o el paciente (en ese orden de probabilidad) analizan el estado de este último.
5. El profesional sanitario, y en ocasiones el paciente, analizan posibles tratamientos o pruebas adicionales.

Parece que estas fases se cumplen para la mayoría de las consultas aunque, como veremos más adelante, lo que ocurre en cada «etapa» puede variar significativamente. Otra forma de abordar esta cuestión consiste en analizar los elementos clave que conforman una entrevista de éxito. Teniendo en cuenta todo ello, Ford, Schofield y Hope (2003) han identificado seis dimensiones clave que eran consideradas como importantes para que la consulta médica fuera «buena» por diversos tipos de encuestados, incluyendo médicos de cabecera, médicos especialistas, enfermeras, académicos y personas no expertas:

1. El profesional sanitario tiene un buen conocimiento de la investigación o de la información médica y es capaz de comunicarlo al paciente.
2. Consecución de una buena relación con el paciente.
3. Determinación de la naturaleza del problema médico del paciente.
4. Comprensión de qué es lo que entiende el paciente sobre su problema y sus ramificaciones.
5. Implicación del paciente en cualquier proceso de toma de decisiones: por ejemplo, el profesional sanitario no se limita a elegir entre

las posibles opciones de tratamiento sino que las discute con el paciente.

6. Control del tiempo para que no parezca que se ha precipitado la consulta.

¿Quién tiene el poder?

En la consulta participa tanto el paciente como el profesional sanitario. Ambos pueden contribuir al proceso de comunicación y de toma de decisiones. Sin embargo, el carácter de la reunión implica que el profesional sanitario suele tener más poder sobre el proceso de la consulta que el paciente. Este diferencial de poder puede verse exacerbado por el comportamiento del paciente y sus expectativas sobre la consulta. Puede dejar las preguntas en manos del profesional y mostrarse reacio a plantear preguntas de aclaración o a poner en duda cualquier tipo de conclusión que alcance el profesional. Es más probable que este comportamiento se produzca en las consultas médicas que con otros profesionales sanitarios como las enfermeras. No obstante, todos los profesionales sanitarios tienen una responsabilidad significativa en la determinación del estilo y el resultado de la consulta. Esto puede dar lugar a distintos enfoques, como el de «el médico sabe lo que es mejor», el enfoque centrado en el profesional identificado por Byrne y Long (1976), o un enfoque más centrado en el paciente defendido por autores como Pendleton (1983).

Las características del enfoque centrado en el profesional incluyen:

- El profesional sanitario mantiene el control de la entrevista.
- Plantea preguntas para obtener información. Se trata de preguntas directas, de respuesta cerrada (se permiten respuestas del tipo sí/no) y referidas a hechos médicos (u otros hechos relevantes).
- El profesional sanitario toma la decisión.
- El paciente acepta esta decisión de forma pasiva.

Las características del enfoque centrado en el paciente incluyen:

- El profesional identifica y tiene en cuenta las opiniones del paciente así como las suyas propias.
- El profesional sanitario escucha de forma activa al paciente y responde consecuentemente.
- La comunicación se caracteriza por la promoción por parte del profesional de una participación activa y el intento de identificar las ideas que tiene el paciente sobre qué es lo que va mal y cómo se puede tratar.
- El paciente es un participante activo en el proceso.

A lo largo de la última década se ha ido produciendo un cambio paulatino del enfoque centrado en el profesional al enfoque centrado en el paciente. Cada vez más se considera que tanto el profesional de la salud como el paciente son colaboradores en las decisiones que hacen referencia a la atención sanitaria del paciente. Tal vez esto se refleje en el movimiento entre los profesionales sanitarios hacia lo que se suele conocer como la «toma

Tumorectomía

Procedimiento quirúrgico por el que sólo se extirpa el tumor y una pequeña área de tejido circundante. Contrasta con la mastectomía, por la que se extirpa toda la mama.

de decisiones compartida» (Elwyn, Edwards, Kinnersley *et al.*, 2000), por la que el paciente y el profesional sanitario tienen un papel (y una responsabilidad) similar en cualquier decisión acerca del tratamiento. Esto sólo puede producirse realmente cuando no hay una elección dominante del tratamiento: el conocimiento que tiene el profesional sanitario sobre la eficacia relativa de las diversas posibilidades de tratamiento puede implicar realmente que «el médico sabe, en efecto, qué es lo mejor» bajo determinadas circunstancias. Esto puede producirse en campos muy importantes, como en el caso de una mujer con cáncer de mama que tiene que decidir si se va a quedar con el pecho recurriendo a una **tumorectomía** o si va a optar por una cirugía más radical y extirpar toda la mama afectada. Y no hay una evidencia empírica clara que respalde alguna de las dos opciones (una situación que se conoce como de paridad o indeterminación clínica) y puede que la elección se tome más en función de la preocupación que tenga la paciente por su apariencia, sus deseos de eliminar el riesgo de recidiva, etcétera. Aunque el profesional sanitario puede ofrecer información para que la elección del paciente esté suficientemente fundamentada, o incluso ofrecer una opinión sobre esa elección, la decisión final debería tomarse de forma conjunta. Cuando no existe paridad entre las opciones, por ejemplo, en el caso de una solicitud de antibióticos para el tratamiento de una condición viral (un caso en el que no tienen utilidad alguna) el profesional sanitario puede educar al paciente para aceptar su elección del tratamiento y alcanzar así una «decisión conjunta» aunque no sea realmente una decisión compartida. Por tanto, las características clave en la toma de decisiones compartidas son:

- Una decisión compartida suele requerir, al menos, dos (a menudo más) participantes: el(los) profesional(es) sanitario(s) y el(los) paciente(s).
- Ambas partes dan pasos para participar en el proceso sobre la toma de decisiones respecto al tratamiento.
- Compartir información es un requisito previo para la toma de decisiones compartida.
- Se toma una decisión sobre el tratamiento y ambas partes alcanzan un acuerdo al respecto.

Esta aproximación sobre la consulta es la que defiende el National Health Service (NHS) británico, que aboga por «asociaciones activas» entre los profesionales sanitarios y los pacientes (NHS Executive, 1996). A pesar de este entusiasmo, se han planteado una serie de preocupaciones sobre el elevado nivel de participación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones. En primer lugar, en la consulta suelen existir diferenciales de poder entre los profesionales sanitarios de alto estatus (sobre todo los médicos) y los pacientes. Por tanto, aunque la idea de que el profesional sanitario debería proporcionar o revelar información al paciente en determinado momento sugiere una igualdad en el proceso de toma de decisiones, también acepta, de manera implícita, que el profesional sanitario tiene conocimientos más relevantes que los que tiene el paciente. Por tanto, la apariencia de igualdad puede ser una ilusión y no una realidad, y tanto los profesionales

sanitarios como los pacientes pueden descubrir que les resulta difícil alejarse de esta estructura de poder implícita (Silverman, 1987). En efecto, muchos pacientes quieren que exista esta asimetría, y rechazan los intentos que pretenden «obligarlos» a asumir un papel en el proceso de toma de decisiones. A los pacientes les puede angustiar y preocupar que un profesional sanitario admita que no hay una clara evidencia empírica sobre cuál es la mejor elección sobre la intervención, o que la evidencia no es concluyente o se ha obtenido utilizando una metodología inadecuada. Por el contrario, Van der Geest y Whyte (1989) afirmaban que el hecho de que un profesional sanitario experto prescriba determinado tratamiento confiere certidumbre y tranquiliza sobre la eficacia del tratamiento de la enfermedad, algo que no se produce cuando se pide al paciente que elija entre una serie de opciones de tratamientos inciertos.

La investigación empírica confirma algunas de estas advertencias. Savage y Armstrong (1990) compararon los efectos de los estilos de consulta «directivo» y «colaborativo» sobre los niveles de satisfacción del paciente. Concluyeron que los pacientes que tenían tanto problemas a corto plazo como problemas crónicos preferían el estilo directivo. Los individuos que recibieron una prescripción también quedaron más satisfechos que los que no. En un estudio mucho más amplio, Lee, Back, Block *et al.* (2002) preguntaron a más de 1.000 pacientes que tenían, o bien cáncer de mama, o bien habían recibido un **transplante de células madre**, que identificaran su estilo de consulta preferido. Algo menos de la mitad de los pacientes optó por el enfoque de toma de decisiones compartida:

- Los médicos toman las decisiones sobre el tratamiento: 10 por ciento.
- Los médicos toman las decisiones tras discutir las con el paciente: 21 por ciento.
- Toma de decisiones compartida: 42 por ciento.
- Los pacientes toman la decisión tras discutirla con el médico: 22 por ciento.
- Los pacientes toman la decisión: 5 por ciento.

Beaver, Luker, Owens *et al.* (1996) llegaron a las mismas conclusiones, tras entregar a mujeres a las que se las acababa de diagnosticar un cáncer de mama una tarjeta para conocer sus preferencias acerca del papel que querían desempeñar, entre las cinco posibilidades que se les presentaban; cada una de ellas incluía una definición por escrito y un dibujo en el que se mostraban distintos grados de participación del paciente en la elección del tratamiento. A continuación se pedía a las mujeres que indicaran su estilo de consulta preferida: el 20 por ciento de las mujeres quería tener un papel activo en la decisión del tratamiento, el 28 por ciento prefería una decisión conjunta, mientras que el 52 por ciento quería que fuera el cirujano el que decidiera la opción del tratamiento. Por el contrario, muchas más mujeres con una enfermedad **benigna** querían participar en el proceso de toma de decisiones. En un estudio posterior, el mismo equipo investigador Beaver, Bogg y Luker, (1999) concluyó que el 78 por ciento de un grupo de pacientes con cáncer colorrectal prefería un papel pasivo en la toma de decisiones. No está claro por qué es menos probable que los individuos

Trasplante de células madre

Se administran células madre a una persona tras recibir quimioterapia para ayudar a la médula ósea a recuperarse y a seguir produciendo células sanguíneas sanas.

Benigno (tumor)

Un tumor que no se puede extender mediante invasión o metástasis. No acarrea el riesgo para la salud que tiene un tumor maligno.

que padecen enfermedades graves quieran participar en las decisiones sobre el tratamiento, aunque parece que hay dos motivos posibles. Primero, es probable que quieran maximizar sus posibilidades de tomar la decisión correcta al dejarla en manos del experto. Segundo, es posible que prefieran evitar el riesgo de arrepentirse y sentirse culpables a largo plazo si parece que su decisión sobre el tratamiento fue errónea.

Arora y McHorney (2000), que informan sobre un estudio observacional de cuatro años de duración con 2.197 pacientes con una serie de enfermedades crónicas, que incluía insuficiencia cardiaca, infarto de miocardio y diabetes, identificaron otras cuestiones relevantes. El 69 por ciento de las personas que formaron parte del estudio prefería dejar las decisiones médicas en manos de los médicos. Las mujeres, las personas mayores y las que tenían un estilo de afrontamiento activo, así como las personas con un nivel de educación superior, tenían más probabilidades de querer participar en el proceso de toma de decisiones. Las personas con hipertensión moderada y enfermedades coronarias eran las que tenían menos probabilidades de querer participar en la elección del tratamiento. Resulta interesante que los participantes que asignaban un menor valor a su salud eran los que tenían más probabilidades de querer participar en el proceso de toma de decisiones frente a los que le otorgaban un valor mayor, tal vez porque éstos consideran que es una cuestión tan importante que no quieren dudar de la opinión experta del médico.

Una cuestión relacionada con la anterior es la forma en que los médicos tratan la incertidumbre sobre los diagnósticos y los tratamientos. Ogden, Fuks, Gardner *et al.* (2002) han señalado que muchos médicos suelen ocultar cualquier incertidumbre que puedan tener para mantener la confianza de sus pacientes. La toma de decisiones compartida se aleja de este enfoque y anima a los médicos a compartir cualquier incertidumbre que puedan tener para ser más abiertos en la consulta y optimizar la relación entre médico y paciente. Ogden y sus colaboradores querían determinar si este enfoque aumentaría o reduciría la confianza de los pacientes en el médico y los resultados de la consulta. De hecho, sus resultados sugieren que no era la expresión de incertidumbre la que influía sobre la confianza de los pacientes: era más importante la forma en que el médico intentaba resolver la incertidumbre. Cuando parecía que los médicos adoptaban una actitud pasiva (por ejemplo, cuando utilizaban expresiones como «vamos a ver qué ocurre» o «no estoy seguro de esto») disminuía la confianza de los pacientes. Por el contrario, los intentos activos de resolver la incertidumbre, como el recurso a un libro o un ordenador para buscar información sobre un fármaco o pedir consejo a otro médico, aumentaban, de hecho, la confianza. La única acción que reduciría la confianza era cuando los médicos pedían consejo a la enfermera, supuestamente porque los pacientes consideraban que las enfermeras son menos expertas que los médicos.

El enfoque centrado en el paciente de Elwyn, Edwards, Kinnersley *et al.* (2000), basado en la toma de decisiones conjunta, tiene en cuenta estas cuestiones, e incluye los siguientes pasos:

1. Exploración de las ideas del paciente sobre la naturaleza del problema y los tratamientos potenciales.

2. Identificación de la cantidad de información que prefiere recibir el paciente y personalización de la información para satisfacer esas necesidades.
3. Comprobación de la comprensión del paciente de las ideas, temores y expectativas de las opciones sobre los tratamientos potenciales.
4. Evaluación de las preferencias del paciente sobre el método para tomar decisiones y adopción de su preferencia.
5. Toma de decisiones, discusión de las decisiones o aplazamiento de las decisiones.
6. Concertar una cita de seguimiento.

A pesar de estas advertencias, una mayor participación en la toma de decisiones puede aumentar la satisfacción de muchas personas con el proceso de atención y dar lugar a mejores resultados. Por ejemplo, existe evidencia empírica de que las consultas que involucran a los pacientes en la toma de decisiones pueden dar lugar a una mayor satisfacción del paciente, mayor confianza de las recomendaciones de atención sanitaria, mejoras en el bienestar por el auto-cuidado y, en ocasiones, menos prescripciones de fármacos y una menor demanda de tratamientos quirúrgicos inadecuados (*véase* Ford, Schofield y Hope, 2003). Sin embargo, aunque aumenta la satisfacción del paciente, es posible que los resultados médicos no sean óptimos. Kinmonth, Woodcock, Griffin *et al.* (1998), por ejemplo, señalan que los pacientes que recibieron el enfoque centrado en el paciente sobre su tratamiento de la diabetes no dependiente de la insulina expresaban mayores niveles de satisfacción con su comunicación con los profesionales sanitarios, más satisfacción con el tratamiento y un mayor bienestar que los pacientes que recibieron una consulta típica liderada por el profesional sanitario. Sin embargo, eran menos cuidadosos con el seguimiento de la dieta de control de calorías necesaria para maximizar el control sobre su condición que los que estaban en la condición de consulta estándar. Por supuesto, esto no tiene por qué ser un mal resultado. Más bien implica que los pacientes han optado de forma consciente por disfrutar de una calidad de vida cotidiana mayor en vez de estar limitados por las «necesidades» médicas. En última instancia, se trata de su propia vida, por lo que hay que respaldar este tipo de decisiones totalmente informadas.

Factores que influyen sobre el proceso de consulta

Factores relativos a los profesionales sanitarios

Hay diversos factores que pueden influir sobre el comportamiento de los profesionales sanitarios. Algunos pueden tener una fuerte convicción por el tipo de consulta que quieren ofrecer a sus pacientes y se comportan de forma consecuente. Pero también es posible que haya factores más sutiles que influyan sobre su comportamiento. Por ejemplo, Gerbert (1984) ha concluido que los profesionales sanitarios ofrecen más información a los

pacientes que les agradan que a los pacientes que les desagradan. La relación también puede estar influida por la disponibilidad de tiempo y el tipo de problema que se está tratando. Es posible que los pacientes y los profesionales sanitarios también tengan distintos objetivos y expectativas sobre la consulta. A los pacientes les suelen preocupar más cuestiones como el dolor y cómo puede interferir la enfermedad con su vida cotidiana. A los profesionales sanitarios les suele preocupar más comprender la gravedad de la enfermedad del paciente y desarrollar su plan de tratamiento. Estos distintos objetivos pueden implicar que los profesionales sanitarios y los pacientes no consiguen apreciar facetas importantes de la información dada y recibida, y es posible que no recuerden muy bien toda la información relevante.

Estos factores también pueden afectar al resultado de la consulta. Las conclusiones de Zachariae, Pederson, Jensen *et al.* (2003) tipifican los resultados que se suelen obtener en los estudios sobre este fenómeno. Analizaron la relación entre la calidad de la relación del médico con los pacientes que tenían cáncer y su satisfacción con la consulta y su confianza en la capacidad de afrontar su enfermedad. Consideraron diversas facetas del estilo de comunicación del médico, incluyendo:

- si el médico intentaba comprender el punto de vista del paciente;
- lo bien que consideraban los pacientes que el médico había comprendido sus sentimientos durante la consulta;
- su satisfacción con la capacidad del médico para abordar las facetas médicas de la atención;
- la calidad de su contacto personal con el médico.

Sus resultados señalaban que una alta puntuación en cada uno de los indicadores estaba relacionada con mayores niveles de satisfacción con la entrevista, mayores niveles de confianza en su capacidad de afrontar su enfermedad y menores niveles de ansiedad emocional tras la entrevista. También es necesario destacar que los médicos que tenían escasas habilidades de comunicación eran menos conscientes de las respuestas del paciente y del nivel de satisfacción con la entrevista.

El tipo de profesional sanitario

Además de estas sutiles diferencias en cuanto a habilidades y características personales, también podrían influir otros factores más generales sobre el estilo del encuentro. Se suele sugerir que variará el estilo de relación en función de los distintos profesionales sanitarios. Por ejemplo, se suele considerar que las enfermeras son más atentas, es más fácil hablar con ellas y escuchan mejor que los médicos. Su papel suele implicar la exploración de las cuestiones psicosociales más que, por ejemplo, los médicos. Estos distintos papeles han sido puestos de relieve por Nichols (1993), que sugiere que, en algunos casos, a los médicos les puede resultar difícil involucrarse emocionalmente o conocer a sus pacientes como individuos particulares cuando tienen que tomar decisiones de vida o muerte o han de realizar

acciones como una cirugía. Teniendo esto presente, sugería que las enfermeras deberían proporcionar el principal papel de «cuidadoras» y participar más en la atención general al individuo. Por ello, puede que no resulte sorprendente que las enfermeras aborden con más frecuencia las cuestiones psicosociales que los médicos (por ejemplo, Campbell, Mauksch, Neikirk *et al.*, 1990).

Sexo del profesional sanitario

Es posible que el sexo del profesional sanitario también influya sobre la naturaleza de la consulta. Por ejemplo, Hall y Roter (2002) han concluido, en su meta-análisis de siete estudios relevantes, que los pacientes hablaban más con las médicas (mujeres) que con los médicos (varones), daban más información médica y personal y hacían afirmaciones más positivas. También parece que los pacientes son más asertivos e interrumpen más cuando la consulta la lleva una doctora que cuando la lleva un doctor. Tal vez resulte interesante que el sexo del médico no influya sobre el grado en que se discuten las cuestiones emocionales, como la preocupación, la angustia o los sentimientos personales. Estas conclusiones pueden reflejar diferencias en cuanto a las expectativas y las diferencias de sexo que se podrían haber encontrado en otros contextos. Sin embargo, puede que algunas de las diferencias sean consecuencia del comportamiento del médico: las doctoras tienden a plantear más preguntas y a hacer esfuerzos más activos para crear una relación entre ellas y el paciente y ambos factores darían lugar a que se dé más información que en caso contrario.

La forma en que se da información

También es importante la forma en que se proporciona información en las consultas. Por ejemplo, cuando se da información con un estilo positivo, los pacientes tienen más probabilidades de elegir opciones de atención sanitaria arriesgadas que cuando se da de forma más negativa. Es posible que los profesionales sanitarios tampoco sean inmunes a este estilo. Por ejemplo, McNeil, Pauker, Sox *et al.* (1982) han concluido que, cuando se dan varias posibilidades sobre el resultado de un tratamiento en un hipotético caso de cáncer de pulmón, los pacientes, los estudiantes de medicina, e incluso los cirujanos, tienen más probabilidades de optar por la cirugía cuando se enmarcan los mismos riesgos de la cirugía en términos de probabilidades de que el individuo sobreviva en vez de que fallezca. Es decir, es más probable que se opte por la cirugía si el riesgo se presenta como una probabilidad del 40 por ciento de supervivencia que si se presenta como un riesgo del 60 por ciento de fallecimiento. Análogamente, Marteau (1989) afirma que los estudiantes de medicina tenían más probabilidades de recomendar una cirugía a los hipotéticos pacientes (otros estudiantes de medicina) si anteriormente se les había proporcionado información sobre las tasas de supervivencia tras la cirugía describiendo la probabilidad en términos de supervivencia en vez de como el riesgo de fallecimiento.

La contribución del paciente

Los factores relativos al paciente también influirán significativamente sobre la consulta. Un elevado grado de ansiedad o angustia durante la entrevista, la falta de familiaridad con la información planteada, el no conseguir participar de forma activa en la entrevista y el no haber analizado las cuestiones que se iban a discutir en la consulta, pueden minimizar el nivel de participación del paciente. Es posible que los pacientes no hayan reflexionado sobre el tipo de información que quieren obtener, o que sólo se den cuenta de lo que querían preguntar una vez finalizada la consulta. También es posible que sean reacios a plantear preguntas a los médicos, o a otros profesionales sanitarios, que suelen ser considerados como individuos que tienen un mayor estatus que el paciente. Tal vez sea ésta la razón por la que las personas con una educación superior y un nivel socioeconómico elevado tienden a obtener más información y a que las consultas duren más tiempo que las personas con menores niveles de educación y peor situación económica (Stirling, Wilson y McConnachie, 2001).

Hallazgos de la investigación

Grant, Nicholas, Moore y Salisbury (2002). An observational study comparing quality of care in walk-in centres with general practice and NHS Direct using standardised patients. *British Medical Journal*, 323: 1556-1561.

Los médicos de cabecera del Reino Unido están desbordados por el número de pacientes a los que tienen que atender. Los pacientes tienen que esperar una semana o más para obtener una cita con su médico. Por ello, se puede demorar el tratamiento de enfermedades menores, y es posible que los pacientes no tengan el asesoramiento adecuado para cuidar por sí mismos de su enfermedad. Una de las respuestas del gobierno británico a este problema ha consistido en crear dos vías alternativas para obtener atención médica. La primera recurre a centros de atención inmediata (Walk-in centres), localizados en los centros urbanos y que ofrecen un acceso inmediato, fundamentalmente a enfermeras, que pueden ofrecer asesoramiento sanitario, o el sistema NHS Direct, que ofrece asesoramiento médico por teléfono.

Se puede resumir la atención ofrecida con cada una de estas vías de la siguiente manera:

- *Centros de atención inmediata*: asesoramiento sobre enfermedades y lesiones menores. Las consultas son atendidas fundamentalmente por enfermeras, que siguen protocolos normalizados y utilizan un software de evaluación clínica para guiar su proceso de toma de decisiones. La duración media de la consulta es de 14 minutos.
- *Centros de salud*: las consultas son atendidas por médicos que no utilizan protocolos normalizados. La duración media de la consulta es de 9 minutos.
- *NHS Direct*: una consulta telefónica con una enfermera que utiliza protocolos parecidos a los utilizados en los centros de atención inmediata. La duración media de la consulta es de 14 minutos.

Según Grant y sus colaboradores, la evaluación previa de los centros de atención inmediata ha concluido que la calidad de la atención es «decepcionante» e, incluso, «abiertamente peligrosa» en ocasiones. Sin embargo, esta investigación era deficiente. Por tanto, decidieron comparar la eficacia de los centros de atención inmediata con las consultas a través del servicio telefónico NHS Direct y los centros de salud tradicionales. Se puede considerar que esta última opción es la norma que deberían alcanzar las alternativas. El método utilizado para evaluarlo consistió en recurrir a pacientes normalizados. Se trataba de actores que desempeñan el papel de paciente, sin que el profesional que los atendía lo supiera. Al desempeñar el papel del mismo «paciente», con la misma personalidad y los mismos problemas en cada uno de los tres sistemas, se podrían hacer comparaciones directas del tipo de respuesta y de la calidad de atención de cada sistema.

Método

Lugares del estudio

Se contactó con una serie de centros de cada tipo para pedirles que formaran parte del estudio. Veinte de veinticinco centros de atención inmediata (80 por ciento) aceptaron participar en el estudio, al igual que 11 de 12 centros de asistencia telefónica de NHS Direct (92%) y 24 de 62 centros de salud (39%) de Birmingham, Bristol y Londres.

Escenarios clínicos

Se pidió a los «pacientes» que representaran 5 situaciones clínicas comunes que eran representativas de los tipos de problemas con los que acuden los individuos que van a los centros de atención inmediata:

1. Una mujer de 23 años que pedía la «píldora del día después».
2. Un varón de 30 años con dolor de pecho músculo-esquelético (por ejemplo, no un infarto de miocardio o un problema cardíaco potencialmente mortal).
3. Una mujer de 35 años con sinusitis por una infección bacteriana.
4. Un hombre de 27 años con dolor de cabeza por tensión y una depresión subyacente.
5. Un hombre de 30 años con un asma agravado por haber tomado un fármaco antiinflamatorio (ibuprofeno) adquirido en la farmacia sin receta.

Se eligió cada una de estas situaciones por las habilidades específicas necesarias para abordarlas: exclusión de enfermedades potencialmente mortales, análisis de los factores psicosociales, conocimiento de los efectos secundarios de los fármacos, etc.

Valoración de la consulta clínica

Se valoró a los profesionales sanitarios puntuándolos en una serie de listados que tenían entre 8 y 17 ítems en función de la situación, midiendo la calidad de su valoración del historial, examen, diagnóstico, recomendación y tratamiento. Las valoraciones eran realizadas por los «pacientes» tras la consulta.

Formación de los pacientes normalizados

La formación de los 15 actores sobre el papel que tenían que desempeñar y sobre cómo tenían que evaluar la consulta se hizo en un día de entrenamiento, previo a sus visitas a los distintos centros de atención sanitaria. Cada actor desempeñaba uno de los papeles en

los tres sistemas de su zona. En ese momento se midió la fiabilidad de su actuación y de sus evaluaciones. Dos observadores evaluaron la precisión con la que presentaban los síntomas en la última representación del día de entrenamiento. En los cinco papeles posibles, se valoraron correctamente el 89 por ciento de las cuestiones clínicas. La fiabilidad de la evaluación se midió comparando las evaluaciones de los actores con las de médicos de cabecera que vieron cintas de vídeo de las entrevistas evaluadas (evaluando la validez de la puntuación asignada), y por dos actores que evaluaban la misma cinta de forma independiente (lo que permitía medir la fiabilidad interjueces). Los estadísticos de fiabilidad (kappa) para cada tipo de comparación fueron elevadas (0,8 y 0,9, respectivamente).

Procedimiento

En cada una de las zonas se envió una sola vez a los pacientes a todos los centros de salud locales y a los centros de atención inmediata de su zona y se establecieron contactos con el servicio telefónico NHS Direct hasta en tres ocasiones. En total, se realizaron 297 contactos en un periodo de 13 semanas. Todos los contactos eran anónimos y desconocidos por los profesionales sanitarios. Se pidió a los profesionales sanitarios participantes que se pusieran en contacto con el equipo investigador si sospechaban que habían atendido a un paciente ficticio. De las 23 llamadas que recibieron, cinco identificaron con precisión a un paciente ficticio; las otras 18 llamadas hacían referencia a consultas con pacientes reales.

Resultados

Se calcularon puntuaciones medias de los criterios de evaluación y se evaluaron las diferencias entre los grupos. Los análisis estadísticos compararon los centros de atención inmediata con los centros de salud locales y con el servicio telefónico NHS Direct. En general, los centros de atención inmediata obtuvieron unos buenos resultados, con una puntuación que, por lo general, era mejor o no significativamente distinta de las otras dos alternativas, en función del indicador medido. La única excepción fue la atención a la sinusitis, donde el servicio telefónico NHS Direct obtuvo una puntuación significativamente mejor que los centros de atención inmediata y los centros de salud locales.

Aunque no se proporcionan comparaciones estadísticas entre el centro de salud local y las consultas al servicio telefónico NHS Direct, ambas parecen tener ventajas e inconvenientes. Por ejemplo, parece que NHS Direct obtenía una puntuación mejor para la atención del dolor de cabeza y de la sinusitis, mientras que los centros de salud locales obtenían mejores puntuaciones en las cuestiones relativas a la anticoncepción y el asma.

	Centros de atención inmediata	Centros de salud locales	NHS Direct
Todas las situaciones	67,3 ^{1,2}	59,2	56,5
Anticoncepción	76,9 ^{1,2}	58,1	37,5
Dolor de pecho	66,4	69,4	60,2
Sinusitis	64,2 ²	55,8	73,6
Dolor de cabeza	60,4	55,8	62,6
Asma	68,3 ^{1,2}	56,7	51,2

¹ significativamente distinto de la consulta tradicional

² significativamente distinto que NHS Direct

Tanto NHS Direct como los centros de atención inmediata tenían muchas más probabilidades que los centros de salud locales de remitir a los individuos al servicio de urgencias

de su hospital local. Ninguna consulta de salud local remitió a los pacientes al servicio de urgencias. Por el contrario, el 5 por ciento de las consultas de los centros de atención inmediata y el 13 por ciento de las consultas al servicio telefónico NHS Direct, dieron lugar a una recomendación de acudir al servicio de urgencias, mientras que el 26 por ciento de los casos de los centros de atención inmediata y el 82 por ciento de las consultas al servicio NHS Direct, recibieron la recomendación de acudir a su centro de salud local para ver al médico de cabecera.

Discusión

La principal conclusión de los autores fue que los centros de atención inmediata proporcionan «una atención clínica correcta y segura» comparada con la que ofrecen los centros de salud locales y el servicio telefónico NHS Direct. Aunque tal vez se muestren más cautos que los médicos de cabecera, proporcionan una atención correcta y segura. Por el contrario, el servicio telefónico NHS Direct parece obtener peores resultados a pesar de utilizar el mismo software de diagnóstico y toma de decisiones. En efecto, la frecuencia con que el personal de NHS Direct recomienda a los pacientes que acudan a su centro de salud local o al servicio de urgencias sugiere que las enfermeras tienen poca confianza en sus decisiones y que puede que el servicio no ofrezca una alternativa significativa a los centros de salud tradicionales. No está claro por qué se produjeron estas diferencias. Es posible que el atender personalmente a un paciente y poder valorar su «aparición externa» desempeñe un papel importante en la toma de decisiones. Es posible que los pacientes puedan describir mejor su situación en un contexto de relación personal cara a cara, y que los profesionales sanitarios puedan entender mejor su comportamiento no verbal. Es evidente que hace falta investigar más este importante tema.

Cómo dar las malas noticias

Un tipo de consulta para el que se ha prestado especial atención a las habilidades necesarias es la aquella dirigida a informar de «malas noticias». Como su propio nombre indica, estas situaciones suelen ser aquellas en las que los pacientes y/o sus cónyuges reciben la información de que se padece una enfermedad grave o de que se puede morir de una enfermedad. Evidentemente, estas situaciones son estresantes, tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. Históricamente, se ha ocultado la información sobre la probabilidad de morir a los pacientes, aunque se transmitía frecuentemente a los familiares, lo que ponía una significativa carga sobre éstos. Sin embargo, esta alternativa ya no se considera ética: ahora se cree que los pacientes tienen el derecho de conocer su propio pronóstico.

Existe una creciente evidencia de que la forma en que se transmite este tipo de información afecta al bienestar del paciente (Schofield, Butow, Thompson *et al.*, 2003). Por consiguiente, se presta una mayor atención a la mejor manera de realizar la entrevista de las malas noticias. Sin embargo, sigue habiendo poca evidencia empírica detallada sobre cuáles son los mejores métodos para hacerlo, y la mayoría de las líneas directrices parten de opiniones (Farber, Urban, Collier *et al.*, 2002) y de los principios bási-

cos de una buena comunicación. Buckman (1992) que además de médico ha sido un paciente diagnosticado con una enfermedad terminal (que posteriormente se demostró que no fue mortal), sugiere un protocolo de este proceso siguiendo seis pasos o etapas (de hecho, este procedimiento se conoce comúnmente como estrategia de Buckman o estrategia de las 6 etapas):

1. Hay que dar la noticia en persona, en privado, con el tiempo suficiente y sin interrupciones.
2. Hay que averiguar qué es lo que sabe el paciente sobre su diagnóstico.
3. Hay que averiguar qué es lo que quiere saber el paciente.
4. Hay que compartir la información: es necesario empezar con una «señal de advertencia» y después transmitir una pequeña cantidad de información en un lenguaje sencillo a un ritmo que pueda seguir el paciente.
5. Hay que reaccionar a los sentimientos del paciente, incluyendo reconocerlos y validar su reacción emocional ante la noticia.
6. Hay que planificar y hacer un seguimiento: incluyendo planificar los siguientes pasos, resumir lo que se ha dicho, identificar las fuentes de apoyo y concertar una cita de seguimiento próxima.

Melanoma

Una forma de cáncer de piel que se produce en los melanocitos, las células que producen el pigmento. Suele empezar siendo un lunar.

Cuando se siguen estos pasos u otros similares, parece que los pacientes salen beneficiados. Por ejemplo, Schofield, Butow, Thompson *et al.* (2003) pidieron a los pacientes que recordasen una entrevista de malas noticias en la que recibieron información sobre un **melanoma** «potencialmente mortal». Se les plantearon preguntas sobre cómo se les dio su diagnóstico, sobre si habían recibido toda la información que querían sobre el diagnóstico, las opciones de tratamiento y su pronóstico, y cómo se había realizado la entrevista. Analizaron la relación entre sus respuestas y los niveles de ansiedad y depresión en el momento del diagnóstico, 4 y 13 meses más tarde. Los factores relacionados con los bajos niveles de ansiedad incluían que el profesional sanitario hubiera preparado al paciente para su diagnóstico, que proporcionase toda la información que requiriese el paciente, que proporcionase información por escrito, que hablaran sobre los sentimientos del paciente, que le dieran ánimos y que se realizara la entrevista en presencia de otros individuos (que daban apoyo) en el momento de dar el diagnóstico. Las prácticas relacionadas con un bajo nivel de depresión incluían animar al paciente a participar en la toma de decisiones sobre el tratamiento y discutir la gravedad del diagnóstico y cómo puede afectar a otras facetas de su vida.

La importancia de los temas no específicos en la entrevista ha sido puesta de relieve por las conclusiones de Roberts, Cox, Reintgen *et al.* (1994), quienes señalaron que la conducta de atención del médico era más importante que la información proporcionada durante la entrevista para determinar el ajuste psicológico al diagnóstico de cáncer de mama. En un estudio análogo, Beeney, Bakry y Dunn (1996) preguntaron a individuos con diabetes sobre su experiencia cuando se les comunicó su diagnóstico y cómo se podría mejorar ésta: el 60 por ciento de la muestra afirmó que la

comunicación de su diagnóstico les provocó angustia y casi la cuarta parte afirmó que hubiera preferido tener más apoyo emocional en ese momento. Dadas estas conclusiones, los autores recomiendan que se averigüen las necesidades de información y emocionales del paciente y que los profesionales sanitarios respondan a estas diversas necesidades de forma adecuada.



Muchos médicos consideraban que eran bondadosos al no decir a los pacientes que se estaban muriendo: una creencia que también obviaba su necesidad de pasar por este doloroso proceso (véase más adelante). En efecto, esta práctica era tan común que se solía citar una «regla de tercios» como relevante para esta situación. Es decir, se suponía que las dos terceras partes de los pacientes querían conocer su pronóstico, y que las dos terceras partes de los médicos no querían comunicarla. En la actualidad se considera que el paciente tiene derecho a saber que se está muriendo y ya no es aceptable la práctica de comunicar esta información a sus familiares y no al paciente, además de que muchos pacientes saben que se están muriendo sin necesidad de que nadie se lo diga.

Los pacientes pueden sentirse apenados, incluso angustiados, cuando reciben este tipo de información. Sin embargo, el conocimiento de un mal pronóstico puede permitir a los pacientes que se preparen ante la muerte, desde la preparación más prosaica, como asegurarse de que han pagado las facturas, a resolver problemas de relaciones y otros aspectos importantes de su vida. Cuando la muerte no es inmediata, los pacientes pueden intentar alcanzar metas vitales que quieren conseguir antes de morir, y otras cosas. Así pues, hay que tener en cuenta tanto las facetas positivas como las negativas. ¿Superan los beneficios a los costes? Tal vez sólo se pueda tomar esta decisión a título individual. Pero ¿en función de qué? ¿O tal vez habría que decírselo a todos los pacientes independientemente de sus circunstancias personales?

Una vez identificada la «mejor práctica», hay una serie de estudios donde se ha analizado hasta qué punto dan los médicos de manera adecuada las malas noticias. Por ejemplo, Ford, Fallowfield y Lewis (1996) utilizaron cintas de audio de las consultas para analizar las entrevistas de malas noticias de especialistas en cáncer con sus pacientes, y concluyeron que la mayor parte de la entrevista se dedicaba a proporcionar información biomédica con relativamente poco énfasis en las respuestas empáticas o en el reconocimiento de la angustia provocada. Además, los médicos ejercían un nivel significativo de control de la entrevista, alejándose de aquellas lideradas por el paciente que la estrategia de Buckman antes citada indica como óptimas. Otro estudio observacional realizado por el mismo grupo (Fallowfield, Hall, Maguire *et al.*, 1990) concluyó que los cirujanos no detectaban, en el 70 por ciento de los casos, la angustia emocional de las mujeres a las que se había diagnosticado un cáncer de mama. Los informes de los médicos contrastan con estas conclusiones de los estudios citados. Farber, Urban, Collier *et al.* (2002), analizaron cuántos doctores en Esta-

dos Unidos afirmaban que seguían una estrategia como la de Buckman para informar de malas noticias. Concluyeron que más de la mitad de una muestra de médicos en prácticas afirmaban que siempre, o con frecuencia, recurrían a 10 de 11 elementos de apoyo emocional (por ejemplo, preguntar sobre lo que preocupa al paciente, sus temores y preocupaciones cuando reciben las malas noticias) y seis de nueve elementos de apoyo del entorno (por ejemplo, asegurarse de que el paciente tiene a una persona que la apoya cuando reciben las malas noticias). En contraste con las conclusiones del estudio observacional de Fallowfield, sugieren que estas cifras optimistas deben valorarse con cierta cautela. Desde una perspectiva más positiva, también señalan que, aunque sólo el 25 por ciento de los entrevistados afirmaba haber recibido formación para dar malas noticias, los que habían recibido esta formación tenían más probabilidades de recurrir a un mayor número de elementos de apoyo emocional que los que no habían recibido formación alguna. Estas conclusiones apuntan hacia la necesidad de dar más formación sobre cómo dar malas noticias, un proceso que puede dar lugar a significativas mejoras de esta destreza. Fallowfield, Jenkins, Farewell *et al.* (2002), por ejemplo, han establecido una evidencia empírica con un programa entrenamiento de habilidades que dio lugar a un mayor uso de la empatía, utilizando menos preguntas que sugerían la respuesta y dando respuestas más adecuadas ante las claves emocionales que ofrecían los pacientes.

Antes de terminar esta sección, es necesario reconocer que la información de malas noticias resulta estresante tanto para los pacientes como para los profesionales sanitarios. Muchos profesionales sanitarios también experimentan intensas emociones cuando están dando malas noticias. Ptacek y Eberhardt (1996) han representado gráficamente el estrés de médicos y pacientes durante la entrevista (*véase* la Figura 10.1) que sugiere que los médicos experimentan un significativo estrés anticipatorio antes de la con-

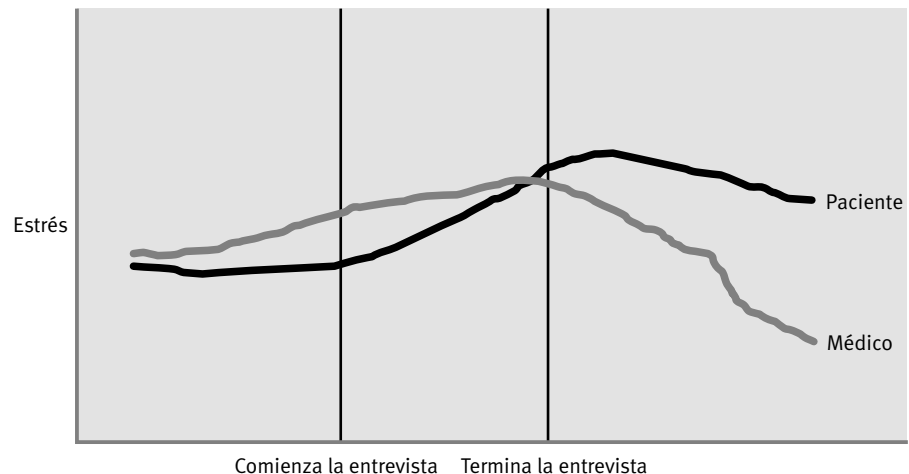


Figura 10.1 La evolución temporal del estrés experimentado por los profesionales sanitarios y los pacientes durante la entrevista de malas noticias.

Fuente: Adaptado de Ptacek y Eberhardt (1996).

sulta, que alcanza su máximo durante el «encuentro clínico», mientras que los niveles de estrés de los pacientes suelen alcanzar su máximo tras la entrevista. Sin embargo, incluso en el caso de los médicos el estrés relacionado con la información de malas noticias puede durar hasta tres días y más (Ptacek, Ptacek y Ellison, 2001).

Más allá de la consulta

Un objetivo clave de la consulta es que los profesionales sanitarios y los pacientes reciban y proporcionen información relevante para la toma de decisiones médicas y sobre el tratamiento. La siguiente parte del capítulo analiza dos resultados de este proceso: uno que hace referencia al profesional sanitario y otro al paciente.

Toma de decisiones médicas

Las decisiones sanitarias no se producen en un entorno neutro, y pueden estar influidas por cuestiones ajenas a la consulta. Pueden estar sesgadas por las expectativas que tienen los profesionales sanitarios sobre sus pacientes, sus compañeros de profesión y la presión de sus homólogos para que tomen decisiones en un plazo de tiempo breve, a menudo sin la información necesaria para tomar una decisión totalmente informada. Los sesgos de la atención sanitaria pueden ser el resultado directo de las creencias de los propios profesionales sanitarios sobre el carácter de la atención sanitaria que proporcionan. Por ejemplo, algunos médicos afirman que sólo están dispuestos a tratar a aquellos pacientes que también estén dispuestos a participar de forma activa en su propia salud. Por ejemplo, estos doctores pueden negarse a proporcionar tratamientos curativos caros para enfermedades relacionadas con el tabaco a los pacientes que no están dispuestos a dejar de fumar. Otros sesgos pueden ser menos conscientes, o pueden estar motivados por temas que no están relacionados con la salud. Por ejemplo, Mitchell, Ballard, Matchar *et al.* (2000) han concluido que, incluso después de tener en cuenta los factores demográficos, la presencia de otras enfermedades graves y la capacidad de pago, los pacientes afroamericanos con ataques isquémicos transitorios tenían significativamente menos probabilidades de recibir pruebas de diagnóstico especializadas o de ser atendidos por un médico especialista que los pacientes blancos. Existe evidencia empírica de que en Estados Unidos las personas de color tienen menos probabilidades que los blancos de recibir cirugía curativa para el cáncer de pulmón, colon o mama en sus primeras etapas (por ejemplo, Brawley y Freeman, 1999), y de que estas diferencias se traducen en unas mayores tasas de mortalidad de las personas de color. Las diferencias de sexo también pueden influir sobre la atención que reciben los individuos en el hospital. Es más probable que las enfermeras ofrezcan analgésicos a las mujeres que a los hombres, al menos en los servicios de urgencias (Raftery,

Smith-Coggins y Chen, 1995). Por el contrario, es más probable que se ofrezca una plaza en los programas de rehabilitación cardiaca tras un infarto de miocardio a los hombres que a las mujeres (Allen, Scott, Stewart *et al.*, 2004; Halm, Penque, Doll *et al.*, 1999).

Un área clave de la toma de decisiones médicas hace referencia al diagnóstico de las enfermedades con las que se presenta un paciente. Sin un diagnóstico exacto, los pacientes no recibirán un pronóstico correcto. Dada la importancia de las decisiones médicas, también es importante determinar cómo se alcanzan. Elstein y Schwarz (2002) han identificado una serie de formas en que los médicos determinan su diagnóstico:

- *Prueba de hipótesis*: el nivel más importante (*gold star*) de la toma de decisiones. Implica una secuencia lógica para definir y probar hipótesis sobre la naturaleza del diagnóstico. Se definen las hipótesis, se prueban y, cuando no superan la prueba, se sustituyen por otras hipótesis hasta que se determina la hipótesis final «correcta».
- *Reconocimiento del patrón*: se comparan patrones de síntomas con prototipos de enfermedades. Tal vez sea una buena forma de hacer diagnósticos fáciles, reservándose la prueba de hipótesis para decisiones más complejas.
- *Revisión de la opinión* o «heurísticos y sesgos»: tal vez el enfoque menos fiable para hacer diagnósticos; consiste en tomar decisiones a partir de evidencia parcial siguiendo reglas intuitivas o heurísticos.

Evidentemente, la mayoría de los diagnósticos realizados por los médicos son precisos. Sin embargo, su toma de decisiones es susceptible de contener errores, sobre todo cuando se utiliza el tercer enfoque. A veces pueden ser inevitables durante la toma de decisiones médicas, que se suele producir en un contexto en el que se necesitan decisiones rápidas utilizando información inferior a la óptima. Estas situaciones pueden llevar a los médicos a utilizar atajos para el diagnóstico. Tversky y Kahneman (1981) sugirieron que, puesto que sólo podemos utilizar una cantidad de información limitada cuando tomamos decisiones, solemos tomar atajos que se conocen como heurísticos o «reglas intuitivas». Las más útiles para la medicina pueden ser «rápidas y frugales» (Elstein y Schwarz, 2002): es decir, ayudan a tomar decisiones rápidamente a partir de una cantidad mínima de información. Permiten a los médicos tomar decisiones en momentos de incertidumbre y cuando no se tiene información, pero pueden provocar errores porque parten de supuestos que pueden ser, o no, relevantes para cada situación particular. André, Borgquist y Molstad (2002) han identificado dos tipos distintos de heurísticos utilizados con frecuencia por los médicos de atención primaria. Por ejemplo, un médico afirmó que estaba tan acostumbrado a ver a personas de 40 años quejándose de un dolor en el pecho y que habían padecido un infarto de miocardio que ya ni siquiera probaba diagnósticos alternativos (que sería la práctica recomendada). Otro médico afirmaba que, si pensaba que una condición era psicósomática, «empiezo directamente a analizar esta posibilidad. No hago un examen físico antes de hablar de la posibilidad de que pueda ser algo emocional», un proceso que podría pasar por alto una enfermedad física.

Un problema clave del recurso a los heurísticos es que limitan que se piense en todas las posibilidades de diagnóstico y pueden estar sesgados por una serie de factores (Elstein y Schwarz, 2002), a saber:

- *Disponibilidad*: las enfermedades que reciben una considerable atención mediática suelen ser consideradas como más frecuentes de lo que realmente son, incluso por los médicos. Si se supone que existe una gran probabilidad de encontrar determinada condición es posible que se diagnostique esa enfermedad de forma errónea. Puede que un factor parecido entre en juego si un médico que está realizando un diagnóstico conoce los diagnósticos anteriores dados por sus compañeros.
- *Representatividad*: aquí se pueden producir errores porque se compara un conjunto concreto de síntomas con uno prototípico y se diagnostica uno de los dos trastornos posibles sin tener en cuenta la probabilidad de que se den ambos simultáneamente. Si estos trastornos tienen distinta prevalencia en la población, lo más probable es que se diagnostique aquel que sea más prevalente. Los heurísticos que no tienen en cuenta esta posibilidad pueden hacer que el médico no ponga en duda su diagnóstico inicial mediante una estricta prueba de hipótesis.
- *El potencial «rendimiento» de los distintos diagnósticos*: si un diagnóstico no está claro, es posible que el diagnóstico elegido sea el que implica un menor coste y un mayor beneficio para el individuo. Por ejemplo, cuando se lleva a un niño al médico quejándose de dolor abdominal sin ningún origen evidente, puede optarse por un diagnóstico de apendicitis y por el tratamiento de la apendicetomía, ya que se puede considerar que el tratamiento con éxito de la apendicitis compensa los riesgos de una operación innecesaria.

En definitiva, los heurísticos reducen la carga cognitiva que se necesita para tomar decisiones, a costa de explorar totalmente todos los temas potenciales que se podrían tener en cuenta. Estos procesos tal vez estén relacionados con las conclusiones de Ely, Levinson, Elder *et al.* (1995) que pidieron a 53 médicos de familia que describieran sus errores más memorables y las causas percibidas. Los errores que describieron fueron generalmente muy graves: el 47 por ciento provocó la muerte de un paciente, y sólo el 26 por ciento de los casos no tuvo ningún resultado adverso. Sólo el 10 por ciento de los consultados no pudieron recordar haber cometido ese tipo de errores. Los factores clave identificados incluían varios relacionados con el recurso a heurísticos inadecuados en la práctica médica:

- *estresores del médico*: incluyendo tener prisa o estar distraído;
- *factores relativos al proceso de atención*: incluyendo una finalización prematura del proceso de diagnóstico;
- *factores relativos al paciente*: incluyendo resultados normales erróneos;
- *factores relativos al médico*: incluyendo falta de conocimientos.

Resulta interesante que el estudio no identificó la fatiga como un factor que puede afectar a los procesos de toma de decisiones. Los estudios empíricos sobre este tema se han centrado normalmente en médicos que realizaban diversas tareas psicológicas antes y después de un periodo de privación natural de sueño, generalmente por haber estado trabajando de guardia una o dos noches además de durante el día. La evidencia de estos estudios es relativamente consistente. Samkoff y Jacques (1991) resumían la evidencia como indicio de que el rendimiento de las tareas que requieren un bajo nivel de concentración y un estado de vigilia prolongado se deteriora si no se duerme. Por el contrario, las tareas breves, como las que medían la destreza manual, los tiempos de reacción y la memoria a corto plazo, mostraban una escasa reducción. Concluyeron que los médicos que tienen privación de sueño pueden afrontar bien situaciones de emergencia grave a corto plazo, pero realizarán peor las tareas rutinarias o repetitivas que requieren una atención sostenida. Puede que resulte tranquilizador en cierto sentido pero, puesto que gran parte de la carga de trabajo de los médicos es rutinaria y de escasa gravedad, estos datos sugieren, de hecho, que la fatiga dará lugar probablemente a errores en el trabajo rutinario de los médicos. Sin duda, se producen errores relacionados con la fatiga. Gander, Merry, Millar *et al.* (2000), por ejemplo, informaban sobre una encuesta realizada a los anestelistas neozelandeses en la que el 71 por ciento de los aprendices y el 58 por ciento de los anestelistas profesionales afirmaban que excedían lo que consideraban sus propios límites de fatiga, lo suficiente como para afectar a la seguridad del paciente; el 86 por ciento de los anestelistas afirmaba que había cometido en algún momento errores relacionados con el cansancio, mientras que el 32 por ciento recordaba haber cometido un error en los últimos seis meses.



En el **punto** de mira

Cuanta más gente hay tomando decisiones, peores son las decisiones que se toman

Las decisiones podrán verse afectadas por una serie de factores que van más allá de propia consulta. Christensen, Larson, Abbott *et al.* (2000) han analizado el efecto que tiene la toma de decisiones para el diagnóstico en grupo con pequeños equipos de médicos en prácticas y estudiantes de medicina. Se manipuló la información que se daba a los grupos pidiendo a los médicos que visualizaran vídeos de actores que actuaban como pacientes, ofreciéndose la misma información a todos los individuos del grupo y cierta información exclusivamente a cada individuo, incluyendo un individuo que recibió la información crucial para hacer el diagnóstico adecuado.

Sus resultados fueron interesantes en tanto en cuanto, una vez transmitida la información, los grupos analizaron aquella que tenían en común más la información exclusiva que tenía cada miembro del grupo. Por ello, cometieron de hecho más errores de

diagnóstico que un grupo de control de médicos individuales que había recibido la misma información. Estos datos son particularmente pertinentes para la decisión sobre diagnósticos difíciles que puede requerir que diversos médicos discutan la información obtenida en distintas consultas o diferentes especialidades médicas (sobre todo las relativas a la salud mental), donde se puede utilizar información de muchas fuentes para hacer el diagnóstico.

Seguimiento de los consejos médicos

El tratamiento eficaz de muchos problemas médicos suele requerir que la persona que padece una enfermedad desempeñe un papel activo en cualquier programa de tratamiento. El requisito más frecuente es que se tome la medicación prescrita en los momentos y cantidades suficientes para proporcionar una dosis terapéutica. Puede que no sea una tarea fácil. La adhesión a la toma de la medicación antirretroviral del VIH, conocida como HAART (en el original inglés, highly active anti-retroviral therapy, terapia antirretroviral de gran actividad) es, por ejemplo, una cuestión extremadamente importante y compleja. Su forma básica es una combinación de un inhibidor de proteasa y dos inhibidores nucleósidos de transcriptasa inversa, que llevan a reducciones de la carga viral, una mayor funcionalidad del sistema inmunológico y una menor probabilidad de una inmunodeficiencia clínica. Para lograr estos beneficios, los individuos a los que se ha prescrito esta medicación no sólo tienen que tomarla diariamente, sino que además lo tienen que hacer en unos momentos muy concretos del día. La medicación HAART puede requerir distinta dosificación: algunos fármacos se deben tomar en intervalos de 4, 6, 8 o 12 horas. Algunos fármacos deben tomarse con otros alimentos, algunos con alimentos grasos, otros con alimentos no grasos, y otros con el estómago vacío. Muchos medicamentos dan lugar a efectos secundarios graves que requieren más medicación, por lo que se puede necesitar otros fármacos para tratar las infecciones secundarias oportunistas. No sólo es complejo el régimen para seguir la terapia HAART, sino que también hay que seguirla cuando no existen síntomas; de hecho, puede provocar más síntomas a corto plazo que los que parece prevenir. Sin embargo, si no se sigue este tratamiento se puede provocar que el virus mute, con graves repercusiones tanto para el individuo afectado como para cualquier otra persona a la que pueda transmitir el virus mutado. Patterson, Carlo, Kaplan *et al.* (1999) han concluido que el 81 por ciento de los individuos VIH positivos con una adhesión al tratamiento del 95 por ciento o más mostraban una supresión viral completa, mientras que sólo el 64 por ciento de los que tenían una adhesión de entre el 90 y el 95 por ciento había logrado la total supresión viral, y sólo el 50 por ciento de los que tenían una tasa de adhesión de entre el 80 y el 90 por ciento. Sólo el 30 por ciento de los que seguían el tratamiento al 80 por ciento mostraba una supresión viral. A pesar de estas duras consecuencias para la salud, muchos individuos a los que se ha prescrito esta medicación no siguen el tratamiento con suficiente rigor como para que sea efi-

caz. Por ejemplo, Malow, Baker, Klimas *et al.* (1998) han concluido que sólo el 17 por ciento de su muestra de varones VIH-positivos que vivían en medios urbanos seguían totalmente su tratamiento antirretroviral.

La complejidad del tratamiento anti-VIH hace que tal vez se trate de un caso especial. Sin embargo, la adhesión a tratamientos mucho más sencillos para enfermedades graves sigue siendo muy variado, y puede tener significativas repercusiones para los individuos afectados. Aproximadamente el 10 por ciento de las admisiones hospitalarias se deben a no haber seguido el régimen de medicación recomendado (Schlenk, Dunbar-Jacob y Engberg, 2004). Los estudios revelan que los niveles de adhesión a las recomendaciones de tratamiento son relativamente bajos para todos los tipos de situación de salud, tratamientos y edades (Dunbar-Jacob, Burke y Pucznski, 1995). En efecto, hasta el 60 por ciento de los individuos con desórdenes crónicos muestran un bajo nivel de adhesión al tratamiento. De media, se ha estimado que sólo la mitad de las personas a las que se prescribe una terapia farmacológica toman suficientes dosis de medicación como para experimentar un efecto terapéutico (por ejemplo, Haynes, McKibbin y Kanani, 1996). Analizando desórdenes más concretos, Cramer (2004) señala que el seguimiento de las prescripciones para la toma de **agentes hipoglucemiantes orales** es de entre el 36 y el 93 por ciento entre los pacientes a los que se les ha prescrito el tratamiento por un periodo de 6 a 24 meses. Entre el 50 y el 70 por ciento de los individuos que tienen hipertensión se adhieren al tratamiento (Caro, Speckman, Salas *et al.*, 1999), aunque puede que la adhesión a largo plazo no sea tan buena. Mallion, Baguet, Siche *et al.* (1998) señalan una reducción típica del 50 por ciento del seguimiento de las prescripciones sobre la medicación contra la hipertensión en un periodo de un año. Se ha demostrado que el nivel de adhesión de los individuos con asma se encuentra entre el 30 y el 70 por ciento (Rand y Wise, 1994).

Dada la importancia de seguir esta medicación, cabe preguntarse por qué la gente no se la toma. Una explicación sencilla es que muchos individuos se olvidan, sencillamente, de tomarse la medicación, o consideran que el tratamiento es demasiado complejo como para seguirlo de forma efectiva. Esto puede ser especialmente pertinente en el caso del complejo régimen médico relacionado con el tratamiento del VIH. Maggiolo, Ripamonti, Arici *et al.* (2002) han concluido que el 60 por ciento del incumplimiento del tratamiento se debía al olvido, el 50 por ciento a no estar en casa, y el 38 por ciento a problemas con el horario de la medicación. Ley (1997) proporciona una sencilla regla intuitiva para predecir la adhesión. Resumiendo los datos, sugiere que la falta de adhesión a las prescripciones para la toma de cualquier medicación debido, tan solo, al error del paciente, es aproximadamente del 15 por ciento cuando se prescribe un tratamiento único, del 25 por ciento cuando se prescriben dos o más medicamentos, y del 35 por ciento si se prescriben cinco o más fármacos. Sin embargo, estos datos pueden ser mucho más extremos. Kiernan e Isaacs (1981) afirman que el 75 por ciento de los pacientes de la tercera edad era incapaz de recordar con precisión las dosis recomendadas de tres pastillas que se les prescribieron.

Agentes hipoglucemiantes orales

Diversos tipos de fármacos que reducen el azúcar en sangre.

Podemos considerar otras razones para la falta de adhesión al tratamiento. Un factor subyacente que puede determinar gran parte de nuestro comportamiento es que muchas personas muestran una cautela inherente a la toma de medicamentos. Echabe *et al.* (1992) han concluido que tan sólo el 12 por ciento de una muestra representativa de casi 1.000 personas se mostraban muy favorables a la medicación, mientras que el 70 por ciento mostraban una postura que denominaron «contra la medicina». También se ha identificado una amplia gama de factores distintos que permiten predecir una escasa adhesión a la toma de medicación (por ejemplo, Chesney, 2003; O'Brien, Petrie y Raeburn, 1992), incluyendo:

- *Factores sociales:* incluyendo bajo nivel de educación, desempleo y uso de drogas concomitante, bajo nivel de apoyo social.
- *Factores psicológicos:* incluyendo alto nivel de ansiedad y depresión, utilización de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción como la negación, una creencia de que el uso continuado de un fármaco reducirá su eficacia, y tomarse descansos del fármaco para evitar los «daños» provocados por la utilización a largo plazo del mismo.
- *Factores relacionados con el tratamiento:* incluyendo la falta de comprensión sobre el tratamiento, la complejidad del régimen de tratamiento, un elevado número de efectos secundarios, un escaso beneficio evidente de tomar la medicación, una mala relación entre el paciente y el profesional de la atención sanitaria, una mala comunicación entre el profesional sanitario y el paciente.

Otro factor contextual que puede influir sobre la adhesión a los regímenes de tratamiento médico sobre todo, pero no de forma exclusiva, entre los niños, son los sistemas familiares. Por ejemplo, Tubiana Ruffi *et al.* (1998) han concluido que los niños de las familias que se caracterizan por ser rígidas, con bajos niveles de cooperación y comunicación entre los miembros de la familia, tenían más de seis veces menos probabilidades que los niños de familias con una dinámica más positiva de cumplir el régimen de insulina para controlar su diabetes. Se han relacionado dinámicas familiares semejantes con un incumplimiento de la toma de medicación y los requisitos dietéticos relacionados con la insuficiencia renal (Boyer, Friend, Chlouverakis *et al.*, 1990). Otra explicación adicional sobre por qué la gente no sigue los consejos médicos es la negación de la enfermedad o la expectativa de que las cosas van a mejorar sin una intervención médica (Sherbourne, Hays, Ordway *et al.*, 1992). Algunos individuos han afirmado que las personas de más edad son menos cumplidoras de los regímenes de tratamiento recomendado que las personas más jóvenes. Sin embargo, cualquier tema relacionado con la edad puede ser más aparente que real (Edelmann, 1999). En la medida que las personas mayores tienden a tener más enfermedades crónicas que las personas más jóvenes, cualquier diferencia del seguimiento del tratamiento puede reflejar problemas de seguir múltiples prescripciones, destacados anteriormente por ley, en vez de ser un fenómeno relacionado con la edad.

Un enfoque más teórico del seguimiento de la toma de medicación puede conseguirse mediante una ampliación del modelo de creencias sobre la salud (véase el Capítulo 5). Horne (1997) ha desarrollado un modelo de la adhesión que parte del modelo de creencias sobre la salud utilizado en combinación con el modelo de las representaciones de la enfermedad (Leventhal *et al.*, 1992; véase el Capítulo 9), para explicar el seguimiento de los tratamientos. Según el modelo de Horne, el seguimiento de la medicación parte de una combinación de las creencias que tiene el paciente sobre el carácter de su enfermedad y del tratamiento que está recibiendo. Las creencias sobre la enfermedad incluyen la comprensión de la naturaleza de la enfermedad, su gravedad, causa, curso, probable pronóstico y posibilidad de tratamiento. Las enfermedades que se consideran menores, a corto plazo y con probabilidades de remitir por sí mismas pueden dar lugar a que se utilice menos un tratamiento activo que aquellas otras que son consideradas de largo plazo y con probabilidades de beneficiarse del tratamiento.

Estos temas forman parte de una ecuación de coste-efectividad que el paciente tiene en cuenta cuando está decidiendo si va a tomar medicación alguna o no. La segunda parte de esta deliberación incluye una evaluación de los costes y beneficios de medicarse. Estos costes y beneficios incluyen un análisis de la probabilidad de que el tratamiento pueda curar la enfermedad y lo «costoso» que pueda resultar. Los costes aquí suelen incluir, pero no se limitan a, la consideración de los probables efectos secundarios de la medicación. La aplicación de este modelo a un trastorno como la hipertensión puede explicar por qué la adhesión a la medicación contra la hipertensión suele ser baja (Mallion, Baguet, Siche *et al.*, 1998). Muchas personas creen que la hipertensión es un trastorno a corto plazo. Además es asintomática, por lo que el paciente no es consciente de que la padezca durante gran parte del tiempo. Por ello, los individuos a quienes se ha prescrito esta medicación pueden no ver la necesidad de medicarse durante un largo periodo de tiempo. Si además se tienen en cuenta los diversos efectos secundarios que tiene este tipo de medicación, como mareos y vértigos, boca seca, estreñimiento, somnolencia, dolor de cabeza e impotencia, el resultado es un escenario en el que los pacientes están tomando una medicación para una enfermedad de la que no son conscientes, que no proporciona ningún beneficio evidente, y que acarrea algunos efectos secundarios desagradables. No resulta sorprendente que el seguimiento de esta medicación pueda ser muy reducido. Incluso para condiciones graves, como una infección del VIH, también existen estos problemas. Siegel, Scrimshaw y Dean (1999) han concluido que los hombres y mujeres VIH-positivos dejaban de tomar su medicación antirretroviral si, o bien pensaban que los hacía estar más enfermos que su propia enfermedad, o bien pensaban que acarrea más riesgos que beneficios.

Estos supuestos también pueden interferir con otros factores, lo que a veces da lugar a resultados aparentemente contradictorios. Cuando un trastorno o enfermedad es grave, los pacientes pueden, en algunos casos, agradecer un tratamiento que tiene un gran número de efectos secundarios, con base en la creencia de que el tratamiento de una enfermedad grave tiene que ser lo suficientemente potente como para esperar que tenga

efectos secundarios importantes. Por ejemplo, Leventhal, Easterling, Coons *et al.* (1986) han concluido que algunas mujeres que recibieron quimioterapia para el tratamiento del cáncer de mama consideraban que la ausencia de efectos secundarios era perturbadora: su expectativa era que el tratamiento de una enfermedad grave acarrea graves efectos secundarios, y la ausencia de estos implicaba que el fármaco utilizado no era suficientemente potente para curar su enfermedad.

Mejora de la adhesión al tratamiento

■ Factores relacionados con la consulta

La mayoría de los estudios revisados en el apartado anterior ha considerado el problema de la adhesión a las recomendaciones médicas o las prescripciones de fármacos. La implicación de esta denominación es que han sido prescritos por profesionales sanitarios: se ha dicho a los pacientes qué es lo que tienen que tomar y cuándo. No son el resultado de un acuerdo negociado entre el profesional sanitario y el paciente. Aunque todavía no se dispone de datos, tal vez la mejor manera de lograr un elevado nivel de seguimiento de la medicación prescrita consista en determinar un régimen de medicación del que el paciente tiene plena información y en el que se ha involucrado en su prescripción.

A falta de datos relevantes, aquí nos vamos a centrar en algunas estrategias clave que se han validado empíricamente y que siguen siendo relevantes en el marco de la consulta centrada en el paciente con toma de decisiones compartida. Ley (1988) ha sugerido tres estrategias de la consulta que pueden aumentar los conocimientos sobre el problema y el seguimiento de cualquier tratamiento recomendado:

1. Maximización de la satisfacción con el proceso de tratamiento.
2. Maximización de la comprensión de la enfermedad y de su tratamiento.
3. Maximización del recuerdo de la información proporcionada.

Maximización de la satisfacción

Muchas de las habilidades de comunicación destacadas en nuestro análisis de la consulta médica y sobre cómo se pueden dar las malas noticias, vistas en este mismo capítulo, contribuyen a la satisfacción del paciente, por lo que no vamos a insistir aquí en ello. Otros factores que contribuyen a la satisfacción incluyen el tener suficiente tiempo en la consulta para discutir exhaustivamente todos los temas relevantes, ser atendido por el mismo profesional sanitario en cada una de las visitas, y disponer de un buen acceso a los profesionales sanitarios. Como se ha señalado anteriormente, los pacientes informan de unos niveles de satisfacción relativamente reducidos respecto a los profesionales sanitarios que adoptan una fuerte postura biomédica en la consulta y prestan poca atención a las preocupaciones sociales y emocionales que pueden plantear los pacientes, frente a aquellos

otros profesionales sanitarios que hacen participar al individuo y exploran los temas sociales y psicológicos relevantes (Pendleton *et al.*, 1984). Este estilo de consulta puede ajustarse a las preferencias de los pacientes por tratar con profesionales sanitarios que se esfuerzan por crear una relación con el paciente, y que muestran un comportamiento no verbal y una forma de expresarse más positivos (Hall, Roter y Katz, 1988).

Maximización de la comprensión

Muchos individuos salen de la consulta sin la información que quieren tener. Esto puede deberse a una serie de razones. Los profesionales sanitarios pueden liderar la entrevista y, tal vez sin ser conscientes de ello, inhiben al paciente con respecto a plantear preguntas. Alternativamente, puede que los pacientes no hayan reflexionado sobre el tipo de información que quieren obtener, o que se den cuenta de lo que querían preguntar cuando ya ha terminado la entrevista. Es posible que también se muestren reacios a hacer preguntas a médicos que, con frecuencia, siguen siendo considerados como individuos con un mayor estatus que el paciente. Para evitar estas situaciones, hay una serie de estudios que han analizado si la preparación de los pacientes antes de la consulta puede ayudarlos a plantear preguntas para obtener la información que quieren obtener en la misma. Jones, Pearson, McGregor *et al.* (2002) realizaron un estudio sobre esta cuestión, evaluando la utilización de listados escritos de preguntas. Entregaron a pacientes que estaban recibiendo radioterapia para diversos tipos de cáncer una hoja de papel en la que les solicitaban que escribieran las preguntas que querían plantear al médico en su próxima cita, unas tres semanas más tarde. El 46 por ciento de los pacientes asistió a la cita con una lista de preguntas por escrito. Los médicos consideraron que el 91 por ciento de las preguntas planteadas eran adecuadas, y que habían permitido mantener una conversación útil; por desgracia, no se recopilaron este tipo de datos de los pacientes. En un estudio parecido, Bruera, Sweeney, Willey *et al.* (2003) compararon la eficacia de entregar una «hoja de sugerencias», que proporcionaba sugerencias de preguntas con una hoja de información general entregada a mujeres que tenían cáncer de mama y que asistían a su primera consulta externa con un médico. La hoja de sugerencias fue clasificada por las mujeres participantes como más útil que la hoja de información general, pero las mujeres que recibieron la hoja de sugerencias de preguntas no plantearon más preguntas que aquellas que sólo recibieron la hoja de información general. No obstante, estos datos, y otros, sugieren que el animar a los pacientes a que participen de manera activa en la consulta, sugiriéndoles que planteen sus opiniones o preguntas de aclaración, conseguirá que los pacientes logren tener una mayor comprensión de sus problemas de salud y de cómo se pueden tratar mejor. Los consejos que se dan en la Universidad de Michigan a los individuos para que maximicen la eficacia de sus consultas con los servicios médicos (www.mcare.org/healthathome/doctorpa.cfm) resumen bien los temas clave:

- Planifique con antelación lo que le dirá al profesional sanitario sobre su problema.

- Repita con sus propias palabras lo que le ha comunicado el profesional sanitario. Utilice frases sencillas como «¿entiendo que dice que...?», o, «tal y como yo lo veo, el problema es que...».
- Tome nota sobre cuál es el problema y qué es lo que tiene que hacer.
- Si los términos médicos le crean confusión, pida definiciones sencillas. No tiene por qué sentirse avergonzado. Cuando se le prescriba determinada medicación, pregunte por los posibles efectos secundarios, su eficacia y la duración del tratamiento. Si su profesional sanitario le habla de cirugía, indague cuáles son las alternativas, los riesgos, y pida una segunda opinión.
- Sea sincero con el profesional sanitario si cualquier parte de la visita le resulta enojosa, como una larga espera o unos empleados descorteses. Sea diplomático, pero claro.
- No tenga miedo a expresar sus temores por lo que acaba de oír. El profesional sanitario podrá aclararle cualquier malentendido.
- Discuta cualquier cosa que haya hecho para aliviar los síntomas o que los haya empeorado.
- Averigüe cuál es el mejor momento para ponerse en contacto con su profesional sanitario si tiene cualquier pregunta cuando deje su consulta.

Maximización del recuerdo

El recuerdo de la información proporcionada en las consultas es, sorprendentemente, muy reducido. Ley (1997) resume los datos relevantes, que sugieren que la mitad de la información que se proporciona en una consulta se olvida casi de manera inmediata. Con el tiempo, los pacientes pueden olvidar incluso sus propias acciones. Montgomery, Lydon, Lloyd *et al.* (1999), por ejemplo, explican que casi la cuarta parte de los pacientes sometidos a radioterapia como tratamiento para el cáncer podría haber olvidado que habían firmado un formulario de consentimiento para autorizar el tratamiento, a pesar de que existían claras pruebas de que así había sido. De los que se acordaban de haber dado su consentimiento, la cuarta parte no podía recordar que se les hubiera comunicado los efectos secundarios del tratamiento, mientras que la mitad no podía recordar que el efecto secundario más frecuente es una sensación de agotamiento.

Cuanta más información se proporciona en la consulta, menor es la probabilidad de que se recuerde. Ley (1997) ha desarrollado una sencilla «regla intuitiva» que sugiere que es probable que se recuerde el 75 por ciento de la información proporcionada en cuatro afirmaciones, mientras que sólo se recordará el 50 por ciento de la información proporcionada con 10 afirmaciones. Sin embargo, hay una serie de formas de proporcionar información que permiten aumentar la probabilidad de que se recuerde. Por ejemplo, Ley (1998) sugiere que es mejor proporcionar información de manera estructurada: «Le voy a informar sobre tres cuestiones: a, b y c», y utilizando un lenguaje y una terminología que pueda comprender el paciente. Es necesario proporcionar la información más importante, o

bien al principio, o bien al final de la información proporcionada, de forma que se maximicen los efectos de primacía y recencia, destacando su importancia. Otras estrategias adicionales incluyen la repetición y la utilización de afirmaciones concretas más que generales. Parafraseando parte de su consejo: «dícales lo que les va a decir, dígaselo, y dícales que se lo ha dicho».

Un segundo factor que puede influir sobre el recuerdo de la información es el tipo de lenguaje que utiliza el profesional sanitario. El recurso a tecnicismos resulta particularmente problemático. Lobb, Butow, Kenny *et al.* (1999), por ejemplo, han concluido que había significativos malentendidos sobre la información del pronóstico y la supervivencia proporcionada a mujeres diagnosticadas con cáncer de mama; no resulta pues sorprendente que el 73 por ciento de la muestra no comprendiera la expresión «mediana de supervivencia»; igual que tampoco comprendía claramente el significado de la expresión «buen pronóstico». Es posible que incluso términos mucho más sencillos no sean comprendidos por muchos pacientes. Palabras como artritis, ictericia, antieméticos, dilatado y hemorroides no son comprendidas por casi la mitad de la población (Ley, 1997). El recurso a la jerga puede, incluso, provocar una significativa ansiedad. Por ejemplo, Abramsky y Fletcher (2002) han concluido que la utilización de palabras como raro, anormal, síndrome, desorden, anomalía y alto riesgo, en el contexto de las pruebas genéticas, preocupaban especialmente a los pacientes. También han concluido que la expresión del riesgo de padecer determinado desorden como «1 de X» resultaba más preocupante que cuando se expresaba en términos porcentuales. Esta sutil utilización del lenguaje demuestra el cuidado que tienen que tener los profesionales sanitarios cuando hablan con sus pacientes.

Una segunda forma de maximizar el recuerdo consiste en proporcionar materiales más duraderos, normalmente en forma de información por escrito. Esto puede tener significativas ventajas respecto a la información proporcionada oralmente, siendo la más evidente que ofrece la oportunidad de transmitir información cuidadosamente preparada, presentada de forma que se logre la máxima eficacia posible. Proporciona un registro que puede ser consultado para recordar a los pacientes la información prominente. En el caso ideal, el contenido potencial de cualquier información entregada por escrito debe partir de una investigación preparatoria realizada con el grupo de pacientes afectados. Esto aumentará las posibilidades de que la información proporcionada sea relevante y adecuada para los lectores diana. Glenton (2002) presenta un ejemplo, al haber realizado entrevistas con pacientes que padecían de dolor de espalda con el objetivo de desarrollar un paquete informativo para ellos. Los participantes querían saber cuáles eran las causas del dolor, y obtener información sobre el diagnóstico, los procedimientos de diagnóstico, y los tratamientos alternativos, así como información sobre los costes sociales y emocionales de padecer un dolor a largo plazo, cómo afrontar el dolor en su vida cotidiana, las experiencias de otros individuos y el derecho a percibir prestaciones sociales.

La utilización de información por escrito debería tener en cuenta los mismos temas que los relacionados con la información oral: tiene que ser

información clara, sin jerga, y con un nivel de complejidad que no sea tan elevado como para que resulte ininteligible para la población general. Teniendo esto presente, las conclusiones de Ley (1997) de que aproximadamente la cuarta parte de los folletos médicos publicados sólo sería comprendida por el 20 al 30 por ciento de la población adulta resultan particularmente preocupantes. En un estudio similar, Alexander (2000) revisó los folletos estadounidenses sobre educación odontológica y concluyó que el 42 por ciento estaba redactado con un nivel de complejidad superior al que podía ser comprendido por la mayoría de los pacientes: una gran parte requería un nivel de educación universitaria.

La información permanente tampoco tiene por qué estar necesariamente preparada con antelación. Por ejemplo, Tattersall, Butow, Griffin *et al.* (1994) compararon el impacto de una cinta de audio de una consulta con el de cartas de resumen personalizadas enviadas a los pacientes tras su primera consulta con el especialista en cáncer. Los pacientes escucharon la cinta de audio una media de 2,3 veces, y leyeron la carta 2,8 veces durante el siguiente mes a su recepción. El 90 por ciento compartió el contenido de la cinta o de la carta con un amigo, un familiar o un profesional sanitario. Ambos métodos alcanzaron la misma puntuación en cuanto a recuerdo, ansiedad y depresión. Sin embargo, la cinta de audio resultó el método más popular: cuando se pedía que se clasificaran seis opciones de comunicación, el 46 por ciento de los pacientes asignó la máxima puntuación a la cinta y el 21 por ciento a la carta.

Más allá de la consulta

Independientemente de lo que surja durante la consulta, los pacientes tienen que estar motivados y tienen que recordar que deben tomar su medicación o seguir cualquier otra recomendación en su ajetreada vida cotidiana. Cualquier intervención diseñada para maximizar el seguimiento del tratamiento han de tener en cuenta estas cuestiones del contexto. McDonald, Garg y Haynes (2002) analizaron la eficacia de 39 intervenciones que tenían en cuenta estos temas y que estaban diseñadas para mejorar el seguimiento de la medicación para diversos tipos de problemas sanitarios crónicos, incluyendo enfermedades cardiovasculares, hipertensión, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infección por VIH, artritis reumatoide y epilepsia. Concluyeron que las intervenciones más eficaces eran, por lo general, complejas, e incluían combinaciones de:

- horarios cómodos para la medicación;
- información relevante;
- recordatorios para tomar la medicación;
- auto-registro (es decir, apuntar cuándo y dónde se ha tomado la medicación);
- refuerzo del uso adecuado de la medicación;
- terapia familiar.

También destacaban que incluso las intervenciones más eficaces tienen efectos «modestos».

Tal vez los enfoques más sencillos para aumentar el seguimiento del tratamiento sean los que están diseñados para lo que se supone que son lapsus de memoria. Una forma de abordarlos consiste en recurrir a recordatorios, aunque el resultado de este tipo de enfoques suele ser modesto, sobre todo cuando el recordatorio no se produce en el momento en que es necesario medicarse. Por ejemplo, Guthrie (2001) comparó la eficacia de los recordatorios por correo o por teléfono para tomar pravastatina, fármaco utilizado para reducir los niveles de colesterol. Los pacientes que habían padecido un infarto de miocardio recibían, o bien un recordatorio telefónico, o bien un recordatorio por correo, para que tomaran la medicación durante los dos primeros meses de tratamiento. Las tasas de cumplimiento no difirieron entre los pacientes que recibieron estas intervenciones y un grupo de control sin intervención. Los recordatorios que se producen más cerca del momento en que hay que tomar la medicación pueden ser más eficaces, sobre todo cuando el incumplimiento se debe a un olvido. Se ha demostrado que los recordatorios sencillos reducen el número de olvidos entre las personas mayores (Cramer, 1998). Estos recordatorios incluyen la prescripción de un régimen de medicación sencillo, ayudar a los pacientes a elegir claves contextuales que los ayuden a recordar que tienen que tomar su medicación (tomar la medicación con la comida o siguiendo otras rutinas cotidianas), e incluso alarmas que suenan en el momento en que hay que tomar la medicación. Para simplificar el proceso de tomar la medicación, se pueden transferir los fármacos a cajas de plástico con compartimentos que se rellenan con las pastillas que se tienen que tomar a ciertas horas durante toda la semana. Estas cajas pueden ser rellenas por los profesionales sanitarios o por los familiares. La entrega de diagramas y agendas que recuerden a los individuos cuándo tienen que tomar su medicación también puede resultar beneficiosa (Park, Morrell, Frieske *et al.*, 1992). Otro enfoque de alta tecnología utilizado es el de dispositivos microelectrónicos que miden si se ha movido o abierto el contenedor de la medicación. Si no se utiliza el contenedor en determinados momentos se produce una notificación electrónica al personal sanitario que, a continuación, se pueden poner en contacto con el paciente para recordarle la necesidad de tomar la medicación (Cramer, 1998). También puede resultar beneficioso recomendar un régimen de acción sencillo y fácil de recordar. Orrell, Bangsberg, Badri *et al.* (2003), por ejemplo, han descubierto que los pacientes sudafricanos VIH-positivos a los que se les asigna un régimen farmacológico antirretroviral relativamente sencillo, que sólo requiere tres dosis diarias, tenían tres veces más probabilidades de cumplir el tratamiento totalmente que los pacientes con un régimen de medicación más complejo.

Un segundo grupo de intervenciones recurre a los programas de autogestión como los que se analizan en el Capítulo 17. Aquí analizamos los programas de autogestión desarrollados específicamente para mejorar el seguimiento de los regímenes de medicación, centrándonos en uno de los regímenes más complejos, el de la medicación HAART. Safren, Otto, Worth *et al.* (2001) han comparado dos intervenciones distintas en este contexto. La primera intervención recurría a auto-observación y auto-re-

gistro de la toma de pastillas, combinado todo ello con visitas a la clínica para proporcionar retroalimentación sobre la utilización de la medicación. Una intervención más activa, conocida como Life Steps, recurría a una intervención en una única sesión en la que se utilizaba un vídeo educativo, una entrevista motivacional (*véase* el Capítulo 6), entrenamiento en planificación de programas de medicación, señales para tomar las pastillas y ensayos encubiertos de conductas adherentes en respuesta a las señales cotidianas. Puede que parezca un proceso extremadamente complejo. Sin embargo, es necesario recordar que la medicación HAART puede exigir que se planifiquen distintos tipos de comidas y que se esté en ciertos lugares en determinado momento. Incluso se puede enseñar a los pacientes a tomar las pastillas de forma discreta para que nadie se dé cuenta. Teniendo en cuenta todo ello, puede que este tipo de programa de formación no parezca tan exagerado. Se midió el seguimiento del tratamiento a las dos semanas y a las 12 semanas tras la intervención. Los autores también analizaron una serie de factores de predicción, personales y sociales, del seguimiento del régimen de tratamiento. Ambas intervenciones dieron lugar a una mejora de la adhesión. Sin embargo, entre los individuos con un seguimiento reducido del tratamiento, el programa Life Steps logró estas mejoras más rápido que el programa de auto-observación. También parecía mejorar más la adhesión que el programa de auto-observación en los individuos que padecían una depresión, una conclusión particularmente importante puesto que la depresión fue el único factor de predicción personal que determinaron que se relacionaba de forma independiente con el incumplimiento de las prescripciones terapéuticas.

Por el contrario, Martin, Sabugal, Rubio *et al.* (2001) advierten que puede resultar particularmente difícil influir sobre algunos individuos tras realizar un estudio en el que comparaban el efecto de una intervención educativa más asesoramiento con una intervención en la que sólo se proporcionaba asesoramiento para mejorar el seguimiento de la terapia HAART. El 74 por ciento de las personas abordadas (muchas de ellas consumidores de drogas de administración intravenosa) se negó a tomar parte en el programa; el 59 por ciento de los que se negaron lo hacía por «razones personales», mientras que el 33 por ciento lo hacía por problemas en su trabajo. Los que tenían un escaso seguimiento de la terapia HAART eran los que más probabilidades tenían de no querer participar en el programa.

Mejora del cumplimiento por parte de los profesionales sanitarios

No son sólo los pacientes los que se pueden beneficiar de seguir los consejos sobre el tipo de medicación que hay que tomar y cuándo hay que tomarla. Cada vez se pide más a los profesionales sanitarios que sigan determinadas directrices para el tratamiento de diversas enfermedades y problemas médicos. Estas directrices se fundamentan en los resultados de las investigaciones sobre cuáles son las estrategias más adecuadas y tienen como objetivo homogeneizar los regímenes de tratamiento independientemente de donde se ofrezcan. A pesar de su validez empírica, muchos médicos incumplen estas directrices. Por consiguiente, una serie de investigado-

Medicación beta-bloqueante

Un tipo de medicación que actúa para ralentizar y fortalecer las contracciones cardíacas. Actúa sobre los receptores adrenérgicos situados en el interior del corazón.

res ha empezado ahora a analizar cuál es la mejor manera de conseguir que los profesionales sanitarios cumplan las directrices sobre los tratamientos. Por ejemplo, Ansari, Shilpak, Heidenreich *et al.* (2003) han comparado dos intervenciones para aumentar la prescripción por parte de los médicos de la **medicación beta-bloqueante** en casos de insuficiencia cardíaca. La primera intervención consistía en educar a los médicos sobre la utilización de beta-bloqueantes en pacientes con insuficiencia cardíaca, combinada con información enviada por correo electrónico sobre directrices para el inicio y el ajuste de la dosis del fármaco. Se envió a un segundo grupo de médicos una lista de sus pacientes que podrían beneficiarse de la terapia con beta-bloqueantes y avisos informáticos que aparecían en el monitor cuando los médicos accedían a los registros electrónicos de estos pacientes durante sus siguientes dos visitas. Además, se envió una carta a los pacientes de estos médicos, informándolos de que podrían ser candidatos a esta terapia, y que deberían discutirla con su médico en su próxima visita al hospital. Resulta interesante que la intervención más eficaz fue la primera: el 67 por ciento de los pacientes con las características necesarias para seguir este tratamiento se sometió al mismo y mantuvo la medicación con beta-bloqueantes, en comparación con el 27 por ciento del grupo que recibió alertas y el 16 por ciento de un grupo de control sin intervención específica. Tal vez los médicos reaccionen mal a aquellas intervenciones que son demasiado directas y que parecen demasiado autoritarias.

Resumen

En este capítulo se han revisado una serie de cuestiones relacionadas con la forma en que los profesionales sanitarios se relacionan con los pacientes, y sobre cómo puede influir esta forma sobre el resultado de cualquier tratamiento que recomienden. En la primera sección hemos analizado el cambio del tipo de consulta paternalista de «el médico sabe lo que es mejor» a enfoques más centrados en el paciente, y el resultado final de este cambio: la toma de decisiones compartida. Se ha señalado que, aunque este último enfoque tiene muchas ventajas, muchos pacientes se muestran cautos a la hora de adoptarlo, ya que plantea dudas sobre la aparente pericia de los profesionales sanitarios y puede asignar la responsabilidad del tratamiento a los pacientes, que tal vez se muestran reacios a asumirla.

A continuación hemos analizado algunos otros elementos de la consulta que pueden influir sobre su resultado, incluyendo:

- el sexo del profesional sanitario: parece que las mujeres muestran más empatía y atención, factores que se suelen relacionar con una mayor satisfacción del paciente con la entrevista;
- el «tono» que se da a la información;
- la participación del paciente: las personas que plantean más preguntas tienden a obtener más información de la consulta.

Las malas noticias incluyen comunicar a los pacientes que tienen una enfermedad grave y que puede ser mortal. Es un proceso estresante, tanto

para el paciente como para el profesional sanitario. Los factores clave para optimizar este proceso incluyen:

- Dar las noticias en persona, en privado, con suficiente tiempo y sin interrupciones.
- Averiguar qué es lo que sabe el paciente sobre su diagnóstico.
- Averiguar qué es lo que quiere saber el paciente.
- Compartir la información, partiendo de una «señal de advertencia».
- Responder a los sentimientos del paciente.
- Planificar y hacer un seguimiento.

La toma de decisiones médicas puede estar influida por una serie de factores. Los médicos suelen utilizar heurísticos para ayudarlos a hacer su diagnóstico. Estos heurísticos pueden acelerar el proceso, pero aumentan el riesgo de hacer diagnósticos erróneos. Los errores típicos suelen ser los de:

- disponibilidad;
- representatividad;
- distintos rendimientos de los diferentes diagnósticos.

La adhesión a los tratamientos médicos recomendados se ve influida por una serie de factores, incluyendo:

- factores sociales;
- factores psicológicos;
- factores relacionados con el tratamiento;
- dinámica familiar;
- creencias sobre la naturaleza de la enfermedad y su régimen de tratamiento.

El seguimiento del tratamiento se puede mejorar mediante:

- el recurso a enfoques centrados en el paciente y a la toma de decisiones compartida;
- maximización de la satisfacción con el proceso del tratamiento;
- maximización de la comprensión de la condición y de su tratamiento;
- maximización del recuerdo de la información proporcionada.

Más allá de la consulta, se pueden potenciar estos factores con una serie de estrategias, incluyendo:

- horario cómodo para la toma de los medicamentos;
- información relevante;
- recordatorios para tomarse la medicación;
- auto-registro (es decir, apuntar cuándo y cómo se ha tomado la medicación);
- refuerzo del uso adecuado de la medicación.

Finalmente, se ha analizado el recurso a estrategias para mejorar el cumplimiento de cuestiones profesionales por parte de los profesionales sanitarios, incluyendo el recurso a protocolos normalizados del tratamiento médico. Al igual que en el caso de sus pacientes, puede resultar difícil influir sobre el comportamiento de los profesionales sanitarios.

Lecturas recomendadas

Chesney, M. (2003). Adherence to HAART regimens. *AIDS Patient Care and STDs*, 17: 169-177.

Una excelente revisión de los temas relacionados con la adhesión al tratamiento en el contexto de uno de los regímenes farmacológicos más exigentes y complejos: la terapia HAART para el tratamiento del VIH.

Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P. y Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, 50: 892-899.

Un artículo sobre el proceso de la toma de decisiones compartida por un grupo de investigación británico líder.

Elstein, A. S. y Schwarz, A. (2002). Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *British Medical Journal*, 324: 729-732.

Una perspectiva útil de la toma de decisiones médicas.

Teutsch, C. (2003). Patient-doctor communication. *Medical Clinics of North America*, 87: 1115-1145.

Presenta una sustancial revisión de diversos temas relacionados con la comunicación con los pacientes.

Estrés, salud y enfermedad: teoría

CAPÍTULO

11

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- Estrés como estímulo (factores estresantes).
- Estrés como resultado de la interacción entre un suceso y un individuo.
- El papel crítico de la valoración cognitiva.
- El carácter del estrés agudo y crónico.
- Los procesos psicológicos desencadenados por experimentar estrés.
- Cómo se manifiesta el estrés en diversas enfermedades.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

El principio de este capítulo pone de relieve las principales ideas sobre el estrés en cuanto a su naturaleza y definición, y destaca tres formas principales de estudiar el estrés: como estímulo, como transacción entre un suceso que actúa como estímulo y la valoración que hace el individuo del mismo, y como respuesta biológica y fisiológica. Se describe detalladamente el modelo psicológico del estrés propuesto por Richard Lazarus y sus colaboradores, con el que se describe el papel central de la valoración cognitiva. Esto se consigue analizando cómo nos afecta a todos el estrés en nuestra vida privada y laboral, y analizando los factores estresantes agudos y crónicos. La última parte del capítulo muestra la evidencia empírica de los procesos fisiológicos por los que el estrés, y nuestra respuesta al mismo, ejercen una influencia sobre la salud física, centrándose en particular en el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y el VIH, aunque también se abordan otras enfermedades. Al final del capítulo deberá estar clara la naturaleza del estrés y de los procesos por los que éste puede tener un impacto sobre la enfermedad.

Conceptos de estrés

El término «estrés» se utiliza extensamente, y con varios significados: probablemente todo el mundo cree que sabe qué es lo que significa, pero hay pocas personas que lo definan exactamente de la misma manera.



¿Qué significa para usted el término «estrés»? ¿Qué le hace sentirse estresado? ¿Cómo reacciona?

Piense en algún acontecimiento reciente que haya considerado estresante. ¿Por qué le resultó estresante? Reflexione sobre sus respuestas a estas preguntas a medida que vaya avanzando por el capítulo.

Por lo general, se ha analizado el estrés de una de las tres formas siguientes: como un estímulo o suceso externo a un individuo; como una transacción psicológica entre un suceso que actúa como estímulo y las características cognitivas y emocionales del individuo; o como una reacción física o biológica. Cada una de estas perspectivas, y sus metodologías correspondientes, tiene sus propias ventajas e inconvenientes, que se destacan en las próximas secciones.

Estrés como un estímulo

Al pensar en el estrés como un estímulo, los investigadores se centran en los propios sucesos estresantes y en el ambiente externo; es decir, una persona atribuirá su tensión a un suceso o sucesos, como mudarse de casa o casarse. Se considera que el suceso, y sus características, son susceptibles de medición y de tener una definición objetiva; por ejemplo, se puede etiquetar el suceso (por ejemplo, una boda) y se pueden evaluar aspectos del mismo como su proximidad (por ejemplo, la semana que viene, el año que viene). Los investigadores que recurren a este enfoque han estudiado el impacto de una amplia variedad de factores estresantes para individuos o grupos, incluyendo *sucesos catastróficos*, como un terremoto, una inundación o un accidente aéreo, y de manera más común, *eventos vitales importantes*, como perder el empleo o empezar un nuevo trabajo, casarse o divorciarse, tener un hijo, perder a un ser querido o irse de vacaciones. Se considera que estos acontecimientos vitales requieren un ajuste significativo por parte del individuo que los experimenta, y podrían incluir tanto acontecimientos positivos como negativos (por ejemplo, Pearlin, 1983).

Eventos vitales

Un término utilizado para describir acontecimientos de la vida de un individuo que se pueden considerar positivos o negativos, pero que requieren cierto ajuste por parte del individuo (por ejemplo, casarse o perder el empleo). Estos sucesos están implicados en la experiencia de estrés.

■ Teoría de los eventos vitales

Los principales defensores de este enfoque fueron Holmes y Rahe que, en 1967, propusieron su teoría sobre los **eventos vitales**. Propusieron que los eventos vitales que se producen de manera natural no tienen simplemente

consecuencias únicas para el individuo, sino efectos acumulativos; en otras palabras, cuantos más eventos vitales se experimentan, por ejemplo, durante el año pasado, mayor es la probabilidad de que se tengan problemas de salud física. Además, afirmaban que se pueden comparar los tipos de sucesos específicos. Para hacer estas afirmaciones, Holmes y Rahe hicieron una serie de interesantes estudios. Primero, invitaron a más de 5.000 participantes a generar una lista de los sucesos que consideraban más estresantes. A continuación, Holmes y Rahe generaron una lista representativa de 43 eventos mencionados comúnmente, incluyendo sucesos positivos, negativos, frecuentes e infrecuentes. Después pidieron a una nueva muestra de casi 400 personas que clasificaran los sucesos de la lista en función del grado de perturbación que les había causado el evento si lo habían experimentado. Además, pidieron a los participantes que clasificaran cada uno de los sucesos respecto a casarse, evento al que los investigadores habían asignado de manera arbitraria un valor de 500. Por ejemplo, si uno de los entrevistados consideraba que un divorcio requería dos veces más ajuste que una boda, asignaba al divorcio un valor de 1.000. Al hacer la media de las puntuaciones recibidas por cada uno de los sucesos y, después, jerarquizarlos, Holmes y Rahe fueron capaces de generar una escala conocida como la escala de apreciación de reajuste social (SRRS: *Social Readjustment Rating Scale*; Holmes y Rahe, 1967; véase la Tabla 11.1), con unos valores que ascendían hasta 100 (el máximo de 100 se asignó al fallecimiento del cónyuge, que, de media, constituyó el suceso que requería más ajuste). Los valores se denominaron unidades de cambio vital. El reajuste social se definió como «la intensidad y periodo de tiempo necesarios para acomodarse a un evento vital, *independientemente de la deseabilidad de*

Tabla 11.1 Ítems representativos de los eventos vitales tomados de la escala de apreciación del reajuste social y sus unidades de cambio vital (UCV)

Suceso	Clasificación en UCV (1-100)
Fallecimiento del cónyuge	100
Divorcio	75
Fallecimiento de un familiar próximo	63
Enfermedad o lesión personal	53
Matrimonio	50
Pérdida del puesto de trabajo	47
Jubilación	45
Problemas sexuales	39
Fallecimiento de un amigo cercano	37
Cambio a un nuevo trabajo	36
Solicitud de un préstamo o una hipoteca	30
Abandono del hogar por parte de los hijos	29
Logro personal destacable	28
Inicio o final de la escolarización	26
Problemas con un superior	23
Cambio de residencia	20
Cambio de actividades sociales	18
Vacaciones	13
Navidades	12

Fuente: Holmes y Rahe (1967).

este suceso» (Holmes y Masuda, 1974: 49), poniendo de relieve el hecho de que, tanto los eventos positivos (por ejemplo, el matrimonio), como los negativos (por ejemplo, ser despedido por una reducción de plantilla) requerirían cierto ajuste por parte del individuo. Un estudio posterior de 88 médicos (Rahe, 1974) concluyó que cuanto mayor era la puntuación en unidades de cambio vital, mayor era el riesgo de tener mala salud. De los 96 grandes cambios de salud referidos por los participantes, 89 se produjeron en individuos con una puntuación superior a 150 unidades de cambio vital; y cuando la puntuación era superior a 300, más del 70 por ciento de los médicos informaban de haber presentado posteriormente problemas de salud. Los individuos que tenían una puntuación inferior a 150 unidades de cambio vital tendían a informar de una buena salud. Holmes y Masuda (1974) definían la *crisis vital leve* como una crisis relacionada con una puntuación de entre 150 y 199 unidades de cambio vital; una *crisis vital moderada* como aquella producida cuando las puntuaciones se situaban entre 200 y 299, una *crisis vital grave* cuando la puntuación era superior a 300. Estos autores recurrieron no sólo a su propio trabajo, sino al de otros investigadores de la época para respaldar sus hipótesis de que los cambios vitales pueden ser causa de una mala salud.

Limitaciones de la medición de los eventos vitales

Se ha puesto en duda la evidencia empírica de las relaciones entre las unidades de cambio vital y la mala salud (física y/o mental), (por ejemplo, Dohrenwend y Dohrenwend, 1982). Muchos de los propios estudios de Holmes y sus colaboradores, por ejemplo, partían de una evaluación retrospectiva, por la que se preguntaba a los participantes que ya estaban enfermos si habían experimentado o no eventos vitales antes de la aparición de la enfermedad. En aquellos estudios que recurrían a diseños prospectivos, la relación encontrada entre los eventos vitales y la enfermedad era mucho más débil o inexistente. Existen otras limitaciones en cuanto a los elementos que se han incluido en la escala. Por ejemplo, en función de la edad, muchos de los eventos mostrados no pueden ser aplicados (un divorcio, el nacimiento de un hijo, etc.). Algunos de los eventos enumerados pueden, sencillamente, no producirse con la suficiente frecuencia como para permitir que muchos individuos los mencionen o para que se experimenten sus efectos sobre la salud (por ejemplo, cambiar de casa, ir a la cárcel) y otros pueden estar entremezclados y cancelarse mutuamente o potenciar los efectos del otro (por ejemplo, el matrimonio requiere ajustes positivos pero coincide con una mudanza, percibida en términos negativos). Otros de los eventos considerados son vagos y ambiguos; por ejemplo, referirse a un «cambio de actividades sociales» podría significar muchas cosas. Finalmente, la asignación de unidades de cambio vital a los eventos supone que todas las personas van a clasificar los sucesos de la misma manera. Sin embargo, piense en el caso del divorcio. Para algunos individuos esto podría ser un suceso positivo que refleja el final de una relación insatisfactoria, mientras que para otros puede ser devastador y, posiblemente, un contratiempo inesperado. El enfoque de los eventos vitales

sobre el estrés no consigue, por tanto, abordar de manera sistemática muchos factores (internos y externos) que podrían moderar la relación entre los eventos estresantes y las enfermedades. El Capítulo 12 describe muchos de estos factores con más detalle.

A pesar de sus muchas limitaciones, estos trabajos pusieron de relieve el hecho de que los principales eventos vitales pueden ser estresantes, y muchos estudios longitudinales prospectivos siguen evaluando la experiencia de acontecimientos vitales de los sujetos estudiados partiendo de la base de que pueden influir sobre otras variables de interés para sus trabajos: por ejemplo, se puede ver minado el ajuste a la enfermedad por la ocurrencia de importantes cambios vitales.

Molestias de la vida

Además de los grandes y, a menudo, infrecuentes eventos vitales, la investigación ha puesto de relieve la naturaleza estresante de las *molestias* cotidianas. Kanner, Coyne, Schaefer *et al.* (1981, pág. 3) definieron estas complicaciones como «demandas irritantes, frustrantes, perturbadoras, que, hasta cierto punto, caracterizaron las transacciones cotidianas con el entorno» señalando aspectos como no tener suficiente dinero para comida o para ropa, perder cosas, tener una sobrecarga de responsabilidades, cometer pequeños errores tontos, o tener una discusión con la pareja. A diferencia de los grandes eventos vitales, estas complicaciones no suelen requerir un gran ajuste por parte del individuo que las experimenta. Se pensó que su impacto resultaría particularmente evidente si fueran frecuentes, crónicas o se repitieran durante cierto periodo de tiempo. Para comprobar esta hipótesis, Kanner y sus colaboradores desarrollaron una herramienta para evaluar las molestias cotidianas y encontraron que éstas están fuertemente asociadas a resultados físicos y mentales negativos, incluso cuando se controlaba la influencia de sucesos vitales mayores. Los sucesos considerados positivos, descritos como «satisfacciones» (por ejemplo, salirse con la suya, culminar una tarea, dar o recibir un regalo o cumplido, reírse) se consideraban más relevantes en esta propuesta que en la teoría de los eventos vitales. Kanner estudió tres grupos de personas (personas de mediana edad, profesionales y estudiantes) y encontró que estos grupos diferían en cuanto a la importancia que otorgaban a determinados sucesos, en concreto respecto a la importancia que otorgaban a los problemas económicos, las presiones de tiempo y trabajo, y las molestias sociales. En términos de satisfacciones, los grupos diferían en su valoración sobre tener buena salud, dedicar tiempo a la familia, y elementos hedonistas como ver a amigos y pasárselo bien. Esto plantea la importante pregunta de *cómo* se perciben y valoran los sucesos, y la influencia que puede tener la etapa de la vida o el papel que se desempeña sobre las percepciones de los potenciales estresores. Por tanto, este enfoque se aleja de la consideración del estrés simplemente en términos de estímulos.

Kanner también señala una curiosa diferencia entre sexos según la cual las mujeres experimentan síntomas psicológicos después de experimentar satisfacciones además de molestias, mientras que los hombres no se ven

afectados por las satisfacciones, lo que sugiere que tal vez las mujeres se vean afectadas por el «cambio», ya sea éste positivo o negativo. Estos hallazgos ponen de relieve la necesidad de reconocer que hay variaciones de las respuestas a los sucesos en función de cada individuo. Dos personas podrían experimentar el mismo número de sucesos y valorarlos de la misma manera, pero podrían experimentar efectos sobre la salud muy distintos. ¿A qué podría deberse? Se ha sugerido que sólo las molestias consideradas negativas dan lugar a resultados adversos, y que satisfacciones pueden «moderar» el impacto de los sucesos negativos (por ejemplo, Cohen y Hoberman, 1983), pero la evidencia empírica acerca de esto no es concluyente. Volveremos sobre este tema en el Capítulo 12.

Si los indicadores de salud se ven afectados por este tipo de acontecimientos, ¿cuáles son los procesos (psicofisiológicos o conductuales) que producen este efecto? El enfoque del estrés como estímulo ha resultado atractivo para muchos epidemiólogos que han intentado identificar sucesos estresantes significativos y calcular su efecto sobre los resultados adversos para la salud, por ejemplo, los estudios sobre los efectos del desempleo en la morbilidad y la mortalidad (por ejemplo, House *et al.*, 1982, 1987). Sin embargo, estos estudios no nos dicen *cómo* afecta el desempleo a las enfermedades o, incluso, a las tasas de mortalidad, o *por qué* afecta a unos individuos pero no a otros (Marmot y Madge, 1987). Para responder a la pregunta de «cómo» tenemos que analizar las teorías fisiológicas del estrés (el estrés se manifiesta en respuestas biológicas) mientras que, para responder a la pregunta de «por qué», tenemos que analizar las teorías psicológicas del estrés (que incluyen la valoración cognitiva y la emoción). Un interesante estudio que apunta a las variables fisiológicas correlacionadas con el estrés es el de Burns, Carroll, Drayson *et al.* (2003). Estos autores analizaron los efectos de eventos vitales importantes y menores sobre la respuesta de los anticuerpos a la vacuna contra la gripe en una muestra de estudiantes universitarios a los que se hizo un seguimiento durante cinco meses. Encontraron que los participantes que tenían unos niveles de anticuerpos bajos a los cinco meses de haberse vacunado referían un número significativamente superior de eventos vitales en el periodo transcurrido. Aunque se trata de un estudio a una escala relativamente pequeña, señala la importancia de las vías fisiológicas por las que el estrés de los eventos vitales puede tener efectos sobre la salud y, en este caso, si se replicara este trabajo en estudios más amplios, tendrían repercusiones sobre el éxito a largo plazo de los programas de vacunación. En una sección posterior se analizarán plenamente otras investigaciones que identifican las vías fisiológicas de los procesos de estrés pero, primero, vamos a centrarnos en las explicaciones psicológicas.

El estrés como una transacción

Según la teoría psicológica, el estrés es una experiencia subjetiva, un estado interno que puede, o no, ser considerado por un observador externo como adecuado a la situación que ha evocado esa respuesta. Como decía

John Milton (1608-1674) en *El paraíso perdido*: «la mente es su propio mundo y, por sí sola, puede hacer un infierno del cielo, y un cielo del infierno». Esta afirmación apunta a lo que se ha convertido en el principio central de las teorías psicológicas del estrés: que la valoración que uno hace es central para considerar si un evento es estresante o no. La figura clave en este campo es Richard Lazarus que, con sus colaboradores (por ejemplo, Lazarus y Launier, 1987; Lazarus y Folkman, 1984), propuso lo que se denomina un modelo cognitivo transaccional del estrés. La evidencia de la importancia de los procesos psicológicos se obtuvo de anteriores estudios experimentales de Lazarus y sus colaboradores (por ejemplo, Speisman *et al*, 1964), que expusieron sencillamente a los estudiantes participantes a películas estresantes al tiempo que registraban los niveles de estrés autoinformados y la activación fisiológica (es decir, ritmo cardiaco y conductancia de la piel). Un ejemplo incluía un desagradable vídeo sobre ritos de iniciación tribales que incluían una cirugía genital. Antes de ver la película, se dividió a los participantes en cuatro situaciones experimentales, mostrándose a cada uno distintas presentaciones y bandas sonoras. Un grupo escuchó una descripción intelectual de los ritos desde una perspectiva cultural (para incitar una **respuesta de distanciamiento**); otro escuchó un discurso que quitaba hierro al dolor que estaban experimentando los iniciados «voluntariamente» y destacaba la excitación que sentían (para incitar una **respuesta de negación**); otro escuchó una narración que ponía el énfasis en el dolor y el trauma que padecían los iniciados (para destacar la amenaza percibida), y un grupo de control no recibió ningún tipo de información. Los resultados demostraron claramente que las presentaciones influían sobre cómo se veía la película, lo que quedaba reflejado tanto por el estrés autoinformado como por la conductancia de la piel, produciéndose un estrés significativamente inferior en el primer y segundo grupo (distanciamiento y negación), que en el tercero. Aunque estos estudios estaban inicialmente diseñados para estudiar la idea de las «defensas del yo» (es decir, lo que hacen los individuos para protegerse ante una amenaza), Lazarus se dio cuenta de que los procesos de valoración estaban mediando en las respuestas de estrés y de aquí que su trabajo posterior permitiera desarrollar una teoría del estrés que en la actualidad es de las más influyentes en psicología de la salud.

Según Lazarus, el estrés es el resultado de la interacción entre las características y valoraciones de un individuo, el entorno del suceso interno o externo (factor estresante) y los recursos internos o externos de que dispone una persona. Se considera que las variables cognitivas y motivacionales son centrales. El modelo inicial de Lazarus sostenía que, cuando los individuos tienen que hacer frente a un entorno nuevo o cambiante, desarrollan un proceso de **valoración** que puede ser de dos tipos: valoración primaria y secundaria.

Respuesta de distanciamiento

Adoptar una perspectiva distante, a menudo científica, de un suceso o estímulo, para reducir la activación emocional.

Respuesta de negación

Adoptar una perspectiva que niega cualquier repercusión negativa de un suceso o estímulo. Si es una respuesta inconsciente, se considera un mecanismo de defensa.

Valoraciones

Interpretaciones de las situaciones, sucesos o comportamientos que hace un individuo.

■ Procesos de valoración primarios

En la valoración primaria el individuo analiza la calidad y la naturaleza del suceso-estímulo. Lazarus distinguía tres tipos de factores estresantes posi-

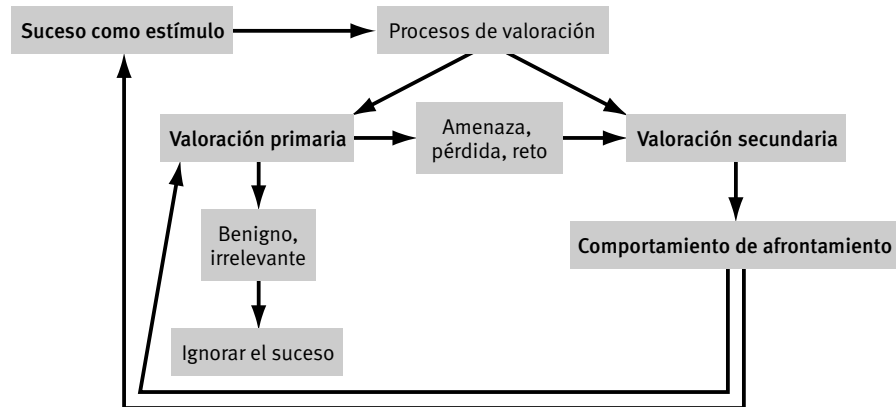


Figura 11.1 Modelo transaccional inicial del estrés de Lazarus.
Fuente: Adaptado de Lovallo (1997: 77).

bles: los que perjudican, los que amenazan y los que plantean un reto. El perjuicio se considera como un daño que ya se ha producido, es decir, una pérdida o un fracaso; la amenaza es la expectativa de un perjuicio futuro; y el reto se debe a las demandas que se valoran como oportunidades de crecimiento personal u oportunidades que el individuo se considera capaz de afrontar. Los sucesos que no son valorados ni como un perjuicio, ni como una amenaza ni como un reto se consideran sucesos benignos que no requieren ninguna acción. Las preguntas que uno mismo se plantea son del tipo «¿es esto algo de lo que me tengo que ocupar?» «¿Es relevante para mí?» «En caso afirmativo, ¿qué está en juego?». «¿Se trata de algo positivo, negativo o neutro? Si es potencialmente negativo, o directamente negativo, ¿me está planteando un reto o un posible perjuicio/amenaza?» Al mismo tiempo que se hacen estas valoraciones, pueden surgir emociones que desencadenen varias respuestas fisiológicas, como describiremos más adelante.

■ Procesos de valoración secundaria

Al mismo tiempo que se hacen las valoraciones primarias, Lazarus propuso que se inician valoraciones secundarias por las que uno evalúa los propios recursos y capacidades para afrontar el factor estresante (potencial de afrontamiento). Las preguntas que uno se plantea en esta etapa son del tipo: «¿cómo voy a resolver esto?», «¿qué es lo que puedo utilizar o a quien puedo llamar para que me ayuden?» Los recursos pueden ser tanto internos (por ejemplo, fortaleza, determinación) como externos (por ejemplo, apoyo social, dinero).

Utilizando como ejemplo un próximo examen, se pueden hacer varias valoraciones, por ejemplo:

- No tengo ninguna posibilidad de tener éxito. Sencillamente, sé que voy a suspender (amenaza + falta de recursos = estrés).
- Esto va a ser realmente difícil. Sencillamente, no soy tan listo como los otros estudiantes (amenaza + recursos internos limitados = estrés).

- A lo mejor lo consigo si estudió mucho (reto + posibles recursos internos = estrés).
- A lo mejor lo consigo si me ayudan un poco mis amigos (reto + recursos externos = menos estrés).
- No tengo ningún problema. Me lo sé ya todo (benigno).
- Conseguí aprobar la última vez, también lo conseguiré ésta (benigno).

Los primeros trabajos de Lazarus sostenían que se experimentarían estrés cuando el perjuicio o la amenaza percibidos fueran elevados, pero la capacidad percibida de afrontamiento era baja, mientras que cuando la capacidad percibida de afrontamiento era valorada como alta (es decir, cuando se consideraba que se disponía de recursos para afrontar la amenaza) era probable que el estrés fuera mínimo. En otras palabras, el estrés surgía debido al desajuste entre las demandas y los recursos percibidos, que pueden cambiar a lo largo del tiempo. Es importante destacar que el estrés se considera un proceso dinámico.

■ Desarrollos en el enfoque de Lazarus

En la década de 1990 Lazarus consideró cada vez más que el proceso de estrés formaba parte de un campo más general de emociones y modificó consecuentemente su teoría de la valoración cognitiva del estrés (Lazarus, 1991a). También colaboró con un eminente colega de la época (Smith y Lazarus, 1993), aunque los dos académicos diferían ligeramente en cuanto a los elementos propuestos de la valoración. Smith proponía que la valoración primaria estaba compuesta por dos valoraciones secuenciales: una de *relevancia motivacional*, es decir, el grado en que se considera que el suceso es relevante para las metas o compromisos actuales de uno; y la otra de la *congruencia motivacional*, es decir, el grado en que se percibe que la situación es compatible con las metas actuales. Es probable que se produzca estrés cuando la relevancia es alta y la compatibilidad baja. A continuación se ilustra esta situación:

VALORACIÓN	
Relevancia motivacional	Congruencia motivacional
«El examen propuesto en clase es importante para mí»	«Preferiría irme de fiesta»
Relevancia alta	Compatibilidad baja

Lazarus también incluía en la valoración primaria una valoración de la *participación del ego* por la que las valoraciones de la amenaza a la autoestima o la estima social provocarían ira, los sucesos que violaran el código moral propio darían lugar a sentimientos de culpabilidad, y cualquier amenaza existencial crearía ansiedad.

Eliminar las valoraciones de la amenaza/reto y del perjuicio/pérdida de la definición cognitiva central de la valoración primaria y, en su lugar, adjuntar éstas a los tipos de emociones es relevante para la forma que tenemos de pensar sobre el estrés. Antes de este cambio se solía ignorar el

hecho de que las valoraciones están relacionadas con las emociones, a pesar de que esta relación tiene sentido desde un punto de vista intuitivo. Por ejemplo, la valoración de un suceso como una amenaza precederá probablemente a la emoción del miedo, mientras que es probable que la valoración de una pérdida preceda a una emoción de tristeza (Smith y Lazarus, 1993). Las valoraciones relacionadas con las emociones positivas no están tan bien definidas, pero las valoraciones positivas, como las de beneficios, ganancias o retos, pueden preceder a emociones como la alegría o la esperanza. Uno de los primeros investigadores del estrés, Hans Selye (1974), conocido generalmente por su trabajo sobre las respuestas fisiológicas a los estímulos estresantes (*véase* una sección posterior), ha diferenciado entre estrés bueno y malo; entre «eustrés», (*eustress*) es decir, estrés bueno relacionado con sentimientos positivos o estados saludables, y «distrés» (*distress*), es decir, un tipo de estrés malo relacionado con sentimientos negativos y estados corporales alterados. Aunque no detalló de qué manera diferían estos dos tipos de estrés en cuanto a la respuesta fisiológica, su distinción sigue siendo importante, y los intentos de investigación, como aquellos que analizan las emociones relacionadas con las distintas formas de valorar el estrés, avanzan en cierta medida en la consideración de esta distinción.

Tabla 11.2 Emociones relacionadas con la valoración (Lazarus, 1993)

■ Pérdida/daño: tristeza, depresión, angustia, desesperanza
■ Amenaza: ansiedad, miedo, ira, celos
■ Reto: preocupación, esperanza, confianza

La valoración secundaria también se hizo más compleja con la colaboración de Smith, constando de cuatro valoraciones (Smith) o de tres (Lazarus):

1. *Responsabilidad interna/externa* («*culpa/mérito*», Lazarus): hace referencia a la atribución de la responsabilidad de un suceso. Permite diferenciar entre emociones de ira (se culpa a otros) y de culpa (se culpabiliza a uno mismo). El reconocimiento se estudia menos que la culpabilidad, pero se puede relacionar con emociones como el orgullo.
2. *Potencial de afrontamiento centrado en los problemas*: analiza el grado en que se percibe que se puede cambiar la situación mediante opciones de afrontamiento instrumentales (prácticas, centradas en los problemas). Si no se percibe que se puede cambiar la situación, se despertarán emociones de miedo y ansiedad.
3. *Potencial de afrontamiento centrado en las emociones*: hace referencia a la percepción de la capacidad de afrontar emocionalmente la situación. La percepción de no ser capaz de afrontar la situación puede estar relacionada con emociones de miedo, ansiedad o tristeza.
4. *Expectativa futura sobre el cambio de situación*: hace referencia a las posibilidades percibidas de que se pueda cambiar la situación. La tristeza está relacionada con percepciones de imposibilidad de cambiar.

Lazarus combinó los puntos 2 y 3, haciendo referencia, sencillamente, al «potencial de afrontamiento».

El factor importante que hay que retener de estos desarrollos de la teoría de Lazarus es que se tiene en cuenta tanto el papel de las emociones como el de las cogniciones, estando ambas facetas interrelacionadas en una transacción continua y dinámica. Además, esta teoría propone que se almacenan impresiones emocionales de los sucesos en la memoria, y que éstas influirán en la forma en que valoraremos el mismo suceso si vuelve a producirse en el futuro.

■ Críticas al enfoque de Lazarus

Parece que el enfoque transaccional y su teoría de la valoración cognitiva tienen muchas ventajas; es compatible tanto con el modelo biológico como con el social, ya que tiene en cuenta el papel de los estímulos, de las respuestas emocionales y conductuales, las diferencias individuales y del entorno externo. Sin duda, en la literatura psicológica hay un gran cuerpo de conocimiento empírico que respalda este enfoque, y se realizan pocos estudios sobre cómo se asume el estrés o la enfermedad sin tener en cuenta el papel central de las valoraciones y las diferencias individuales. En el próximo capítulo quedará patente. Sin embargo, ningún modelo o teoría consigue evitar las críticas, ya que ésta es la forma en que progresa el conocimiento científico. Algunos han criticado el enfoque de Lazarus por su circularidad. Por ejemplo, hay pocas investigaciones que hayan intentado analizar la naturaleza de la interacción entre la valoración primaria y la secundaria, es decir, entre las demandas percibidas y los recursos de afrontamiento percibidos. La demanda y la capacidad de afrontamiento no se definen de forma independiente, lo que da lugar a la crítica de que el modelo es tautológico (Hobfoll, 1989); dicho de forma sencilla, esto significa que el que se considere que un suceso sea exigente o no depende de la capacidad de afrontamiento percibida, y que el que se considere que la capacidad de afrontamiento es adecuada o no depende de las demandas (o exigencias) percibidas. Además, no está claro que la valoración primaria y la secundaria sean necesarias; por ejemplo, Zohar y Dayan (1999) encontraron que el estado de ánimo positivo de su muestra dependía fundamentalmente de las variables relativas al potencial de afrontamiento, y no de las variables relativas a la valoración primaria. Además, observaron que el estrés surgía y aumentaba a medida que aumentaba la relevancia de la motivación o lo que estaba en juego por el suceso, incluso en aquellas situaciones en que el potencial de afrontamiento no estaba restringido. Observaron que la más ligera incertidumbre sobre el potencial de afrontamiento modificaba los efectos de «lo que está en juego» (valoración primaria) en el estrés. Imagine, por ejemplo, una situación en la que una persona cree que el próximo examen es «de simulacro» y no contará para la nota final pero que, cuando llega al examen, se la comunica que no es un «simulacro» sino un examen «real». A pesar de haber revisado la materia del examen rigurosamente y no tener ninguna duda sobre el tema ni sobre la

capacidad de responder a las preguntas, es probable que esta nueva situación se valore de forma distinta porque su valor ha cambiado (ha aumentado lo que está en juego) y, por tanto, el estrés experimentado también cambiará (aumentará) a pesar de que los recursos (valoración secundaria del potencial de afrontamiento) no han variado. Estas conclusiones apuntan hacia la necesidad de seguir investigando la interacción entre las valoraciones primaria y secundaria, y si se puede seguir manteniendo el supuesto de que es necesario que las demandas sean mayores que los recursos para que se experimente estrés.

■ ¿Qué factores afectan a la valoración?

Aunque el Capítulo 12 se ocupará de las influencias personales e interpersonales sobre las valoraciones y respuestas de estrés, hay muchos aspectos del propio suceso que actúa como estímulo que pueden influir sobre la valoración que hace una persona:

- Sucesos que son *inminentes* (por ejemplo, los resultados de un examen que se van a entregar al día siguiente; el examen para obtener el carné de conducir al día siguiente, y no dentro de un mes).
- Sucesos que se producen en un *momento inesperado* de la vida (por ejemplo, enviudar a los 30 en vez de a los 70; la muerte de un hijo).
- Sucesos de naturaleza *impredecible* (por ejemplo, ser despedido en una reducción de plantilla).
- Sucesos *ambiguos* en cuanto a
 - rol personal (por ejemplo, empezar en un nuevo trabajo)
 - riesgo potencial o perjuicio implicado (por ejemplo, someterse a cirugía o tomar una nueva medicación).
- Sucesos *indeseables* (por ejemplo, tener que mudarse debido a haber perdido el trabajo y no por elección propia).
- Sucesos sobre los que el individuo percibe que no tiene *ningún control* (conductual o cognitivo).
- Sucesos que implican un importante *cambio vital* (por ejemplo, el nacimiento de un hijo, cambiar de ciudad).

El carácter de los factores estresantes potenciales varía, por tanto, enormemente de, por ejemplo, recibir el último aviso para pagar una factura a ser víctima de un desastre natural, de tener un resfriado a recibir el diagnóstico de tener una enfermedad potencialmente mortal. Como se ha indicado anteriormente, se ha encontrado que ciertos aspectos de los sucesos aumentan la probabilidad de ser valorados como estresantes. También se ha hecho una distinción adicional (por ejemplo, Sapolsky, 1994: 5) entre factores estresantes físicos agudos, que exigen una adaptación fisiológica inmediata (por ejemplo, ser víctima de un asalto); factores estresantes físicos crónicos (por ejemplo, estar enfermo o sobrevivir en un entorno hostil); exigencias fisiológicas a largo plazo para las que no estamos tan bien preparados, como el dolor; y factores estresantes psicosociales, que incluyen nuestras cogniciones, emociones y respuestas conductuales así

como la activación fisiológica que se desencadenará. Muchos psicólogos defienden que los tres tipos descritos anteriormente son, de hecho, psicossociales, ya que implican algo más que el simple suceso o estímulo.

Tipos de estrés

Estrés y pérdida de recursos

Hobfoll (1989) propuso un modelo de «conservación de recursos» del estrés por el que se supone que los individuos se esfuerzan por conservar o proteger sus recursos valiosos (por ejemplo, objetos, roles, características personales como la autoestima, energía, tiempo, dinero, habilidades). Hobfoll sugiere que el estrés ocurrirá cuando se produzca una pérdida real, o una amenaza de pérdida, de los recursos, o una falta de ganancias después de haber invertido recursos. Se piensa que los recursos son cuantificables y «reales» y, por tanto, «significan» lo mismo para todos los individuos cuando se pierden. Por tanto, esto quita el énfasis del papel de la valoración del individuo, central en el modelo de Lazarus. Hobfoll afirma que, cuántos más recursos se pierden, más difícil es sustituirlos, por lo que el estrés resultante será mayor. Esta cuantificación de los recursos se ajusta al tipo de evidencia empírica que se analizó en el Capítulo 2, es decir, que la deprivación socioeconómica, el desempleo y la pobreza, se encuentran todas ellas relacionadas con la enfermedad, independientemente de las valoraciones que haga el individuo. Al centrarse en la pérdida de elementos cuantificables, más que en las valoraciones, este modelo evita cualquier dificultad para diferenciar entre valoraciones y respuestas. Sin embargo, Marks, Murray, Evans *et al.* (2000) señalan que los constructos de pérdida y recursos no están bien definidos ni son fáciles de medir, y que este modelo deja sin contestar muchas preguntas. Por ejemplo, ¿hasta qué punto tiene que ser permanente la pérdida para que el individuo experimente estrés? ¿Tienen alguna importancia la rapidez y la magnitud de la pérdida de recursos? ¿La ganancia de recursos nunca genera estrés? (Algunos ganadores de la lotería tal vez duden de esto último.)

Hobfoll (1991) encontró que la rápida y extensa pérdida de recursos valorados, como la que se experimenta tras un desastre natural, está relacionada con respuestas de estrés traumático. Los desastres naturales suelen ser factores desencadenantes de un estrés agudo, pero muchos tienen consecuencias a largo plazo. A continuación se ofrecen ejemplos de los factores estresantes agudos.

Estrés agudo

Los estudios de los factores desencadenantes de un estrés agudo suelen distinguir entre sucesos que son infrecuentes pero catastróficos, y otros factores estresantes agudos más comunes, como los exámenes.

■ Catástrofes

Los terremotos, huracanes y accidentes de aviación son sucesos infrecuentes que no ofrecen al individuo muy poco o ningún tiempo de preparación. Las catástrofes naturales, como el tsunami asiático en 2004, y los desastres tecnológicos, como el accidente nuclear de Chernobil en 1986, provocan un intenso sufrimiento, físico y psicosocial, para las víctimas y para los de vivencia vicaria o «sanos preocupados», es decir, aquellos que no han sufrido directamente el desastre pero que se ven afectados por él, ya que plantea incertidumbres sobre su propia seguridad personal y su propio futuro. La teoría del estrés ambiental (Fisher, Bell y Baum, 1984; Baum, 1990) considera que el estrés es una combinación de respuesta fisiológica y psicológica a las exigencias, y se puede encontrar respaldo para esta hipótesis en muchos síntomas, físicos y psicológicos, referidos por los supervivientes de un desastre natural. Entre estas respuestas cabe destacar:

- pánico inicial;
- ansiedad;
- miedo fóbico;
- vulnerabilidad;
- sentimiento de culpa (sentimiento de culpa del superviviente);
- aislamiento;
- retraimiento (incluyendo algunos intentos de suicidio);
- ira y frustración;
- problemas interpersonales y conyugales;
- desorientación;
- sensación de desapego hacia los demás;
- pérdida de la sensación de seguridad;
- perturbaciones del sueño;
- alteraciones de la alimentación.

La gravedad y la duración de estos efectos parecen depender de la magnitud de la pérdida. Además de esta larga lista de posibles efectos, algunos individuos reviven continuamente el suceso en sueños perturbadores y/o sufren la sensación de revivir la experiencia. Estos síntomas pueden llevar a que se diagnostique al individuo un trastorno de estrés postraumático (*véase* el Capítulo 13).

El modelo de estrés basado en la «conservación de recursos» de Hobfoll se aplicó en un estudio de recursos perdidos o «pérdidas» realizado con 135 individuos evaluados tras el huracán Andrew en Estados Unidos (Benight, Ironson, Klebe *et al.*, 1999). Este estudio también analizaba el grado en que la **autoeficacia en el afrontamiento** (*véase* Bandura, 1986) determinaba las respuestas de estrés y la capacidad de los individuos para recuperarse de sus pérdidas utilizando el resto de sus recursos de afrontamiento. La autoeficacia en el afrontamiento dependía específicamente de la capacidad de satisfacer las necesidades tras el huracán, y las pérdidas estaban centradas en la pérdida de recursos materiales más que de recursos psicológicos, aunque se evaluaron ambos. En general, los resultados confirmaron una relación positiva entre la pérdida de recursos, la autoeficacia

Autoeficacia de afrontamiento

La creencia de que uno mismo puede llevar a cabo una determinada respuesta de afrontamiento en determinadas circunstancias.

en el afrontamiento y el malestar posterior. La pérdida de recursos estaba relacionada positivamente con el malestar a largo plazo, con los esfuerzos de afrontamiento activo mediando en esta relación y reduciendo la angustia del malestar experimentada.

Este estudio pone de relieve que la pérdida cuantificable de recursos es, en sí misma, perturbadora, pero que las valoraciones de la capacidad de afrontamiento también desempeñan un papel significativo. Estas conclusiones destacan que los factores desencadenantes de un estrés agudo pueden tener efectos crónicos sobre el bienestar psicológico del individuo. Las intervenciones para minimizar la sensación de angustia tienen, por tanto, que estar diseñadas adecuadamente con, por ejemplo, en el caso de los supervivientes del huracán Andrew, intervenciones que tienen un máximo efecto si están dirigidas tanto a restaurar los recursos perdidos (por ejemplo, casa, agua, ropa) como las creencias de autoeficacia de las víctimas. En el Capítulo 13 se discuten en profundidad las intervenciones centradas en la capacidad de afrontamiento y manejo del estrés.

■ Estrés ante los exámenes

Cohen, Evans, Stokols *et al.* (1986) encontraron que elevados niveles de estrés pueden afectar negativamente a la memoria y a la atención de los individuos durante actividades cognitivas. Por ejemplo, muchos estudiantes refieren la experiencia de tener en la punta de la lengua la respuesta a una pregunta, incluso recordar haberla revisado la noche anterior, pero ser incapaces de recordar la respuesta durante el examen. Otros leerán mal y malinterpretarán preguntas redactadas con claridad. Se ha descubierto que existe un nivel óptimo de activación necesario para mantener la atención y la memoria pero que, un exceso de estimulación, o una estimulación insuficiente, pueden perjudicar el rendimiento personal. Esto se conoce como la ley de Yerkes-Dodson, descrita por primera vez en 1908 (*véase* la Figura 11.2). Un examen cuyo resultado es deseado y valorado generará nor-

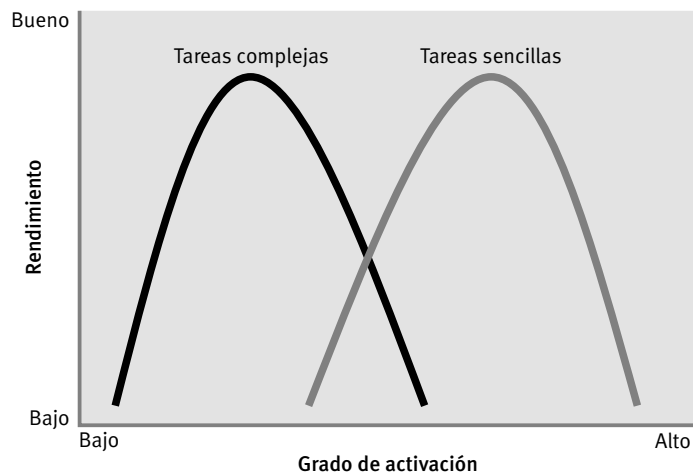


Figura 11.2 La Ley de Yerkes-Dodson.

Fuente: Rice (1992: 5).

malmente más estímulo que un examen cuyo resultado no lo es; pero la clave del buen rendimiento se encuentra en no estar demasiado activado de forma que se desaproveche todo lo aprendido y la mente se quede en blanco durante el examen.

Se ha encontrado que los exámenes influyen sobre conductas saludables y no saludables como fumar, picotear entre comidas, beber alcohol y hacer ejercicio físico (por ejemplo, Ogden y Mtandabari, 1997), y el estrés debido a factores educativos y familiares predecía el consumo de tabaco, pero sólo entre las adolescentes (Byrne y Mazanov, 2003). Esta relación entre el estrés y la conducta es una vía indirecta por la que se puede considerar que el estrés influye sobre el padecimiento de enfermedades. También se ha descubierto que el estrés de los exámenes afecta a las respuestas corporales, como la presión arterial, la cual se observó que aumentaba entre los estudiantes de medicina el día de los exámenes (Sausen *et al.*, 1992). Este tipo de estudio necesita evaluar continuamente índices físicos de la **reactividad al estrés** (como la presión arterial) para poder obtener múltiples líneas base de referencia con las que comparar los incrementos y reducciones de la presión arterial a lo largo del tiempo y durante distintas actividades. Para obtener este tipo de datos, Sausen y sus colaboradores utilizaron técnicas de control ambulatorio que utilizaban dispositivos que llevaban los individuos participantes y que se activaban a intervalos fijos y regulares para medir la presión arterial.

Se ha propuesto que existe una relación entre los factores estresantes agudos, como los exámenes, y las mismas enfermedades (en vez de centrarse en la reactividad fisiológica, que suele ser de corta duración y no plantea peligro para el individuo), siguiendo los resultados que encontraron que los estudiantes muestran una mayor prevalencia de infecciones en los periodos de exámenes en comparación con los periodos en que no tienen exámenes. Estos estudios suelen incluir muestras de sangre y han examinado marcadores inmunológicos del tipo que se analizará en una sección posterior (por ejemplo, Glaser, Rice, Sheridan *et al.*, 1987). Parece que los exámenes son, para muchos, suficientemente estresantes como para aumentar la susceptibilidad a la enfermedad mediante efectos inmunodepresores.

Reactividad al estrés

La activación fisiológica (*arousal*) como un mayor ritmo cardíaco o una mayor presión arterial, que se experimenta durante una situación potencialmente estresante.

Estrés crónico

■ Estrés laboral

El lugar de trabajo es un buen entorno en el que estudiar los efectos crónicos del estrés, aunque se han estudiado otros muchos entornos, por ejemplo, los atascos de tráfico y el estrés en la carretera, la contaminación acústica y la masificación en el transporte público (Fisher, Bell y Baum, 1984; Topf, 1989). Parece que la pérdida de control desempeña un papel crucial en estas situaciones en la experiencia de estrés (para un análisis de esta situación véase el Capítulo 12). La mayoría de los individuos que trabajan experimentará en algún momento un estrés laboral y, aunque para

muchos el estrés será de corta duración o manejable, para otros es crónico y perjudicial, viéndose acompañado de, por ejemplo, cambios en los patrones de alimentación o de sueño, fatiga o tensión en las relaciones personales. También se ha relacionado el estrés laboral con el síndrome del *burn out* (Maslach, 1982, 1997). Se considera que terminar quemado es el resultado de un estrés laboral crónico de larga duración, parecido a la etapa final del síndrome de adaptación general de Selye: es decir, agotamiento tanto físico como mental. Maslach definió el síndrome del quemado como un síndrome en tres partes consistente en agotamiento emocional, despersonalización y reducción de los logros personales, que se produce entre los individuos que trabajan con cierta responsabilidad con otras personas, y que se puede relacionar tanto con la enfermedad física como con la enfermedad mental (Maslach, 1997). En relación con el síndrome del *burn out* existe el concepto de la carga del cuidador o estrés del cuidador, estudiado frecuentemente entre los individuos que tienen a su cargo a familiares con una enfermedad crónica o con condiciones como la enfermedad de Alzheimer. Esta condición se analizará en el Capítulo 15, en el que analizamos el efecto de la enfermedad sobre la familia y los amigos.

¿Qué tienen algunos trabajos que hace que sean tan estresantes? Una posible explicación del estrés en el entorno laboral es la que ofrecen las teorías del ajuste entre el individuo y el entorno (*véase* French, Caplan y Van Harrison, 1982), o el enfoque de la «bondad de ajuste» descrito por Lazarus (1991b). Estos enfoques sugieren que el estrés se produce porque existe una falta de ajuste entre las variables del entorno (demandas) y las variables de los individuos (recursos). Se considera que el «ajuste» es dinámico en vez de estático, y que las demandas y los recursos pueden cambiar a lo largo del tiempo. Sin embargo, los primeros trabajos se centraban más en las características del entorno laboral que en las diferencias individuales, siendo un buen ejemplo de ello el modelo de demanda-control del estrés laboral, o tensión laboral, planteado por Karasek y sus colaboradores (1979, 1981). Las características laborales identificadas como generadoras de estrés han sido:

- demandas,
- controlabilidad,
- predictibilidad,
- ambigüedad.

En la Tabla 11.3 se ilustra cómo se puede evaluar cada una de estas características generales con preguntas específicas. Se considera que los factores estresantes crónicos continuos, como una carga de trabajo excesiva permanente, crean estrés en los empleados, como por ejemplo, peticiones o interrupciones súbitas e inesperadas, verse obligado a tomar una decisión, o no tener claro qué es lo que se espera de uno.

El modelo de Karasek proponía que la combinación de demandas y control determinaría si un empleado padecía estrés o no (con una demanda elevada y un bajo control contribuyendo a un mayor estrés-tensión que en el caso de situaciones con muchas demandas y mucho control) (Karasek

Tabla 11.3 Ejemplos de ítems para evaluar el estrés relacionado con el trabajo

	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Casi siempre
Demandas					
■ Mi carga laboral no se acaba nunca.					
■ Hay que cumplir los plazos constantemente.					
■ Mi trabajo es muy excitante.					
Control					
■ Tengo autonomía para hacer mis tareas.					
■ Hay demasiados jefes.					
Predictibilidad					
■ Mi trabajo consiste en reaccionar ante emergencias.					
■ Nunca tengo claro qué es lo que se espera de mí.					
Ambigüedad					
■ Mi trabajo no está bien definido.					
■ No estoy seguro de qué es lo que se espera de mí.					

Fuente: adaptado de Rice (1992: 188-192).

y Theorell, 1990). Aunque inicialmente se pensaba que el control percibido o real actuaba como un moderador de las demandas (en otras palabras, que el control «amortiguaba» los efectos negativos de las demandas), la revisión de los estudios utilizando el modelo de demandas-control laboral realizados entre 1979 y 1997 (van der Doef y Maes, 1998, 1999) encontró que sólo existía una evidencia empírica mínima de que el control o el apoyo social pudieran moderar el efecto negativo de una alta exigencia laboral sobre el bienestar o el síndrome del «burn out» (Rafferty, Friend y Landsbergis, 2001). Parece que las demandas y el control tienen efectos independientes y directos sobre el estrés.

No siempre es fácil, o factible, en muchos entornos laborales, intentar resolver o poner sobre la mesa los problemas de sobrecarga, insuficiencia de trabajo o ambigüedad del rol del trabajador, y se ha encontrado que el comportamiento de afrontamiento, (por ejemplo, entre los policías) incluye conductas perjudiciales para la salud (por ejemplo, consumo excesivo de alcohol) y absentismo laboral (por ejemplo, Alexander y Walker, 1994). Estas respuestas acarrear enormes costes para los empresarios en términos de pérdida de productividad, insuficiencia de personal y accidentes laborales (Cooper y Payne, 1988). Resulta interesante que se haya encontrado que tanto la falta de trabajo como el exceso de trabajo, resulte estresante, siendo para algunos empleados la frustración y el aburrimiento tan estresantes como la sobrecarga (French, Caplan y Van Harrison, 1982).

Algunos modelos sobre el estrés laboral han conseguido integrar lo que aporta el individuo al lugar de trabajo, en términos de características personales, cogniciones y recursos de apoyo, con las características del entorno (véase el recuadro sobre HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN).

Hallazgos de la investigación

Modelos de demandas – control – apoyo del estrés laboral

Morrison, V., Cottrell, L., Dawson, J., Jere, C., Jones, V. y Waddon, A. (2005; en preparación) Stress, efficacy and support use amongst police staff.

Antecedentes

Se ha puesto a prueba y se ha demostrado en muchos estudios la utilidad del modelo de demanda-control/posibilidades de decisión sobre el estrés laboral de Karasek (modelo de demanda-control en el trabajo). Sin embargo, Johnson, Hall y Theorell (1989) propusieron que es necesario especificar mejor el control y que hay que incluir en el modelo el apoyo social, o la falta del mismo (*véase* Searle *et al.*, 2001; Van der Doef y Maes, 1999, para las revisiones). El modelo resultante es conocido como el modelo de demanda-control-apoyo social en el trabajo (JDCA: *job demand-control-support model*). Se han realizado más de 100 estudios utilizando el modelo ampliado y, por ello, se presta una mayor atención a las facetas relativas al individuo que son potencialmente más modificables mediante intervención, como las habilidades, las creencias sobre uno mismo o la utilización del apoyo social. Se han desarrollado varios estudios sobre estrés laboral entre miembros de las fuerzas policiales de diversos países (por ejemplo, Alemania: Kirkcaldy y Cooper, 1992; Gran Bretaña: Brown, Cooper y Kirkcaldy, 1996; Gales: Morrison *et al.*, 2002; Nueva Zelanda: Stephens *et al.*, 1997; Escocia: Biggam *et al.*, 1997; Holanda: Kop *et al.*, 1999), una profesión que se considera inherentemente estresante debido a las demandas operativas, burocráticas e interpersonales.

Objetivos

En un estudio de 699 policías y 230 empleados de apoyo, Morrison *et al.* investigaron las fuentes de estrés, personal y laboral, e intentaron identificar si las variables relativas a los recursos personales como la autoeficacia, y el apoyo recibido en el hogar y en el lugar de trabajo, moderaban el estrés percibido y el malestar emocional.

Métodos utilizados

Se utilizó un cuestionario semi-estructurado para recopilar información sobre el cargo y la duración del empleo en la policía, preguntas abiertas sobre estresores laborales y estresores interpersonales recientes, la evaluación del optimismo (LOT, Scheier y Carver, 1985), la autoeficacia (GSES, Jerusalem y Schwarzer, 1992), el apoyo social percibido en el hogar y en el lugar de trabajo, el estrés percibido (un único ítem), y angustia malestar emocional (GHQ-12, Goldberg, 1992).

Resultados

El estrés percibido y la angustia emocional se relacionaban significativamente con bajos niveles de optimismo disposicional, una baja autoeficacia (un elemento del constructo control percibido) y reducidos niveles de apoyo social en el hogar y en el trabajo. Los niveles de estrés y de angustia eran elevados tanto entre el personal de apoyo como entre los agentes de policía. Surgieron diferencias significativas entre los niveles de estrés referidos en función del rango, con mayor estrés entre los rangos medios y altos como sargen-

tos y mandos superiores, que entre los agentes de patrulla. El rango también estaba significativamente correlacionado con los niveles de apoyo utilizados en el lugar de trabajo, ya que los rangos superiores referían un menor nivel de acceso y una menor utilización de apoyos en el lugar de trabajo. El apoyo en el hogar estaba relacionado con un menor nivel de estrés entre el personal asistente, mientras que el apoyo en el hogar y en el trabajo eran importantes para reducir el estrés entre los agentes de policía. Los recursos personales de autoeficacia y optimismo moderaban los niveles de estrés, beneficiándose particularmente las mujeres de una alta autoeficacia (aunque, como grupo, las mujeres tenían menores niveles de autoeficacia que sus compañeros varones). El personal de apoyo tenía, por lo general, menores niveles de autoeficacia que los agentes de policía. Los factores estresantes laborales fueron identificados, en términos generales, como relacionados con la burocracia (más papeleo, mala comunicación con los superiores) entre el personal de rango medio y bajo, y la sobrecarga laboral, en términos de más horas extras sin remunerar y la necesidad de llevar trabajo a casa, entre el personal con mayor rango.

Conclusiones

Las intervenciones para reducir el estrés en el lugar de trabajo pueden tener que abordar distintos factores en función del rango y del sexo. En el caso de las mujeres, las intervenciones podrían mejorar centrándose en las creencias sobre la autoeficacia y, en el caso de los rangos superiores, sería necesario mejorar la provisión de recursos de apoyo en el trabajo. Además, los resultados señalan diferencias en el uso y los beneficios de las distintas fuentes de apoyo social en función del rango, siendo más probable que sean los rangos superiores los que recurran a fuentes externas que a fuentes del entorno laboral.

Hasta ahora hemos establecido que las respuestas de estrés surgen de los sucesos y de las valoraciones de estos sucesos, pero todavía no hemos descrito qué es lo que ocurre tras estos procesos cognitivos o emocionales. El modelo transaccional de Lazarus sobre el estrés plantea que las valoraciones, y sus emociones correspondientes, dan lugar a esfuerzos de afrontamiento cognitivo y conductual, analizándose por completo la teoría del afrontamiento y el papel del afrontamiento para moderar los efectos del estrés en el Capítulo 12. Sin embargo, además de las respuestas de estrés psicológico, también hay respuestas biológicas y fisiológicas, lo que constituye una creciente área de investigación a la que vamos a prestar atención ahora.

El estrés como respuesta fisiológica

La idea del estrés como respuesta nos lleva a buscar explicaciones biológicas o fisiológicas sobre cómo afecta el estrés al cuerpo y, potencialmente, a la enfermedad; aquí, el supuesto es que los factores estresantes imponen demandas al individuo que se manifiestan en algún tipo de respuesta; en el campo de la física, esta respuesta se llamaría «tensión». Los defensores del modelo del estrés como «respuesta» describen cómo reaccionan los indivi-

Sistema nervioso central

La parte del sistema nervioso compuesto por el cerebro y la médula espinal.

duos al peligro o a situaciones potencialmente dañinas, o incluso a demandas agradables, con una respuesta fisiológica y conductual coordinada (por ejemplo, Cassel, 1974, citado en Leventhal y Tomarken, 1987). Inicialmente, hay que valorar el suceso, lo que involucra al **sistema nervioso central (SNC)**. La información sensorial y la valoración del suceso se combinan para iniciar respuestas autónomas y endocrinas, que transmiten información a la corteza cerebral y al sistema límbico que, a su vez, está unido al hipotálamo y al tronco cerebral. Se ha descubierto que, por ejemplo, la valoración de un suceso como *impredecible* afecta a diversas facetas de la activación fisiológica (Zakowski, 1995).

A continuación se resumen estos procesos, aunque en el Capítulo 8 se ofrece una mayor definición fisiológica y más detalles.

Los primeros trabajos sobre la respuesta de estrés

Sistema nervioso simpático

La parte del sistema nervioso autónomo que moviliza la energía para activar y mantener el *arousal* (por ejemplo, un mayor ritmo cardíaco).

Uno de los primeros investigadores del tema, Walter Cannon (1932), destacó el papel de las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) las cuales, cuando son liberadas de las glándulas adrenales del **sistema nervioso simpático** en forma de hormonas, aumentan la activación para facilitar la respuesta de «lucha o huida». Cuando se hace frente a un peligro inminente o a una gran amenaza (como cuando nos ataca un perro rabioso), la respuesta típica es una respuesta de activación fisiológica: boca seca, mayor ritmo cardíaco, respiración acelerada. Es esta activación la que refleja la liberación de adrenalina, una hormona que amplía las respuestas autónomas y facilita la liberación de las reservas de energía almacenadas, lo que permite una rápida respuesta, consistente en salir corriendo, o bien en luchar contra la amenaza. Este «síndrome de lucha o huida», razonaba Cannon, era *adaptativo* porque permitía rápidas respuestas a la amenaza, pero también *dañino*, porque perturbaba el funcionamiento emocional y fisiológico y, en caso de prolongarse, podía contribuir a muchos problemas médicos (los primeros trabajos con animales confirmaron esta hipótesis, exponiéndose a perros y monos a periodos prolongados de estrés, lo que producía un exceso de ácido hidrocólico en el estómago que contribuía a la formación de úlceras). En otras palabras, en situaciones de estrés crónico o continuo, esta respuesta de lucha-huida no sería adaptativa.

Después de Cannon, otro fisiólogo, Hans Selye (1956), descubrió (de forma accidental al hacer una investigación con animales sobre las hormonas sexuales) que había una tríada de respuestas que se producían frecuentemente tras los desagradables procedimientos de inyección usados: las glándulas adrenales se agrandaban, el timo se contraía y se desarrollaban úlceras en el tracto digestivo. Prosiguió sus descubrimientos iniciales durante más de 40 años de investigación utilizando diversos estímulos aversivos (inyecciones, calor, frío, ejercicio) y llegó a la conclusión de que había respuestas universales y no específicas al estrés: es decir, se producían las mismas respuestas fisiológicas tras una serie de estímulos, ya fueran agradables o desagradables, y la respuesta de «lucha-huida» sólo era la prime-

Síndrome de adaptación general

Secuencia de respuestas fisiológicas a un estrés prolongado, desde la etapa de alarma hasta el agotamiento, pasando por la etapa de resistencia.

ra etapa de la respuesta al estrés (por ejemplo, Selye, 1974). El modelo de estrés de Selye se conoce como el **síndrome general de adaptación** (SGA). La respuesta al estrés se considera como una fuerza motriz innata de los organismos vivos para mantener el equilibrio interno, es decir, la homeostasis, y propuso que se hacía en un proceso de tres etapas:

1. *Reacción de alarma*: la percepción de un factor estresante es la respuesta inicial que puede provocar una reducción de las defensas corporales, y puede que la presión arterial y el ritmo cardíaco disminuyan inicialmente antes de aumentar a niveles superiores a los normales. Selye afirmó que esta activación no se podría mantener durante largos periodos. Atribuía su respuesta de estrés a la activación de la glándula pituitaria anterior que secreta ACTH y ésta estimula el córtex adrenal aumentando la liberación de glucocorticoides, aunque los procesos fisiológicos exactos sólo fueron descubiertos unos años más tarde (Pinel, 2003; Selye, 1991; y véase un apartado posterior).
2. *Etapa de resistencia*: la siguiente etapa es aquella en la que el cuerpo intenta adaptarse al factor estresante que no ha disminuido a pesar de los esfuerzos de resistencia realizados durante la etapa aguda/de alarma. La activación disminuye respecto a la que se vio en la etapa de alarma, pero sigue siendo superior a lo normal, y Selye señaló que esta etapa de movilización de las defensas corporales no podría durar indefinidamente sin que el organismo quedará vulnerable a la enfermedad.
3. *Etapa de agotamiento*: se producirá un agotamiento si la etapa de resistencia dura demasiado, provocando una drástica reducción de la energía y los recursos corporales. En esta etapa disminuye la capacidad de resistir al estrés, y Selye propuso que había una mayor probabilidad de «enfermedades de adaptación» como enfermedades cardiovasculares, artritis y asma.

Trabajos posteriores sobre la respuesta de estrés

Los trabajos de Cannon y Selye estimularon una enorme cantidad de investigación sobre la fisiología del estrés. Una buena parte de esta investigación no ha logrado confirmar la «respuesta inespecífica» propuesta por Selye, ya que se ha identificado que hay distintas respuestas fisiológicas relacionadas con distintos tipos de factores estresantes. La evidencia empírica de esta relación proviene de los consistentes hallazgos procedentes de estudios experimentales llevados a cabo en la década de 1980; por ejemplo, un estudio experimental que exponía a los participantes a distintos tipos de retos (mentales o físicos), y que tomaba muestras de sangre continuamente durante la exposición, encontró que los niveles de adrenalina en sangre aumentaban durante el estrés mental mientras que durante el estrés físico aumentaba el nivel de la noradrenalina (Ward, Mefford, Parker *et al.*, 1983, citado en Rice, 1992).

Sin embargo, existe un extenso y creciente cuerpo de conocimiento empírico que pone de manifiesto que los acontecimientos aversivos (y los positivos) producen cambios fisiológicos. Las respuestas de estrés típicas (por ejemplo, una respiración más rápida y profunda, un ritmo cardíaco acelerado, sudoración o temblores) se deben, no sólo a la activación del sistema pituitaria anterior-córtex adrenal, como pensaba Selye, sino también a una mayor actividad de la rama simpática del sistema nervioso autónomo (SNA). El sistema nervioso autónomo se puede dividir en dos sistemas conectados: el sistema nervioso simpático (SNS) y el sistema nervioso parasimpático (SNP), que «existen en un estado de tensión dinámica pero antagónica» (Rice, 1992: 126). El sistema nervioso simpático participa en la activación y el consumo de energía (como ocurre durante la respuesta de «lucha-huida»), mientras que el sistema nervioso parasimpático participa en la reducción de la estimulación y en restaurar y conservar los almacenes de energía del cuerpo (como se produce durante el reposo) (véase el Capítulo 8). Ambos sistemas controlan las acciones de muchos órganos internos, como el corazón y la musculatura esquelética, estando su actividad mediada inicialmente por el neurotransmisor acetilcolina. La acetilcolina conecta las neuronas de las sinapsis espinales con el tronco cerebral, actuando a continuación los nervios sobre sus órganos diana. La mediación en la rama simpática viene dada por la noradrenalina (fibras adrenérgicas) y, en menor medida, por la adrenalina; mientras que en la rama parasimpática es la acetilcolina (fibras colinérgicas) la que hace esta última conexión.

La respuesta de estrés se mantiene tras la activación de corta duración producida por respuestas neuroendocrinas resultantes de la activación del sistema simpático-adrenomedular y la liberación de las catecolaminas adrenalina (epinefrina) y noradrenalina (norepinefrina), (entre paréntesis los términos utilizados en Estados Unidos), procedentes de las glándulas adrenales. Esta activación del sistema adrenal medular, junto con la acción más crucial del hipotálamo en la activación del córtex pituitario-adrenal (el sistema hipotalámico-pituitario-adrenocortical), permite a nuestros órganos corporales alterar su función normal para facilitar una respuesta adaptativa al estrés incluso en situaciones de estrés prolongado.

El sistema hipotalámico-pituitario-adrenocortical se origina en el hipotálamo, que libera su propia hormona, el factor de liberación de la corticotropina, (CRF) que controla la glándula pituitaria anterior en su secreción de la hormona adrenocorticotropa (ACTH). La ACTH pasa a continuación a la glándula adrenal, donde se liberan las hormonas adrenalina y noradrenalina, además de estimular la secreción glucocorticoide de la corteza adrenal, en concreto, el cortisol. Aunque el primer modelo de Cannon describía el papel de la adrenalina, Selye estaba más interesado en las respuestas adrenocorticales. Ahora sabemos que los glucocorticoides circulantes proporcionan energía para la «fase de alarma», ya que la liberación de glucocorticoides en el flujo sanguíneo regula los niveles de glucosa en sangre de los que se puede obtener energía. Casi todas las células del cuerpo humano contienen receptores glucocorticoides, y las hormonas como el cortisol afectan a todos los sistemas orgánicos importantes del cuerpo. Por

ejemplo, el cortisol inhibe la absorción de glucosa y grasa por las membranas celulares de forma que se pueda utilizar más para obtener energía de forma inmediata, aumenta el flujo sanguíneo y suprime la función inmunológica inhibiendo la acción de los fagocitos y los linfocitos, además de inhibir la inflamación de cualquier tejido dañado (por ejemplo, Antoni, 1987; Dantzer y Kelly, 1989). La supresión del sistema inmunológico provocada por el incremento del cortisol que circula por la sangre (cortisol sérico o s-cortisol) puede hacer que una persona sea vulnerable a infecciones. Sin embargo, se ha señalado, tras una revisión de la evidencia empírica sobre las respuestas endocrinas en situaciones estresantes, que la actividad del cortisol se extingue cuando se expone a un estrés crónico o a factores estresantes agudos repetidos (Rose, 1980, citado en Kasl, 1996; Nicolson y van Dieen, 2000).

La activación del sistema hipotalámico-pituitario-adrenocortical también aumenta la producción de las hormonas del crecimiento y la prolactina, las beta-endorfinas y la encefalina, que también se encuentran en el cerebro en respuesta al estrés y que se cree que desempeñan un papel en las enfermedades inmunológicas y en problemas como la depresión. Las beta-endorfinas tienen una útil función analgésica (inhiben el dolor) y, como tales, pueden explicar por qué los individuos pueden soportar elevados niveles de dolor hasta que consiguen salir de la situación estresante o completar tareas exigentes: por ejemplo, hay casos de soldados con heridas graves que han conseguido arrastrarse a largas distancias para recibir ayuda, y atletas que pueden terminar una competición a pesar de tener lesiones musculares (por ejemplo, Wall, 1979).

Estas respuestas del sistema nervioso autónomo y endocrino (hormonal) funcionan juntas para preparar a nuestros cuerpos a atender a las demandas de nuestro entorno. Nuestro sistema nervioso autónomo puede trabajar «detrás del escenario», pero sus funciones son esenciales para las respuestas humanas básicas. La duración de algunas respuestas de estrés, como la liberación del cortisol, influye sobre si las respuestas son beneficiosas para el organismo o no. Por ejemplo, la producción de cortisol durante largos periodos de tiempo perjudica, de hecho, a la inmunidad. La investigación con animales (Antoni, 1987; Sapolsky, 1986; Sapolsky, 1996) ha sugerido que la exposición a largo plazo a estos glucocorticoides puede, de hecho, dañar neuronas en el hipocampo (*véase* el Capítulo 8), una zona del cerebro crucial para el aprendizaje y la memoria, habiéndose propuesto una relación con el proceso de envejecimiento (Sapolsky, Krey y McEwen, 1986), aunque será necesario hacer investigaciones con humanos para conocer más al respecto. La liberación prolongada de adrenalina y noradrenalina también es conocida por tener efectos negativos, incluyendo la supresión de la función inmunológica celular, un aumento del ritmo cardíaco y de la presión arterial, irregularidades del ritmo cardíaco (arritmia) y, potencialmente, hipertensión y enfermedades cardíacas (Fredrickson y Matthews, 1990).

La necesidad de combinar la comprensión psicológica y fisiológica del estrés puede verse en Fisher, Bell y Baum (1984), quienes propusieron la *teoría del estrés ambiental* que combinaba respuestas fisiológicas al estrés

(basado en la teoría SGA de Selye) con el tipo de procesos psicológicos descritos por Lazarus. Utilizando este modelo, Baum (1990) estudió a los supervivientes de diversas catástrofes, incluyendo el accidente nuclear de la Isla de las Tres Millas (Three Mile Island) (1979), y confirmó que coexistían procesos de estrés cognitivo con una activación fisiológica. Se encontró que los sucesos ambientales elicitaron valoraciones de amenaza, que desencadenaron una «reacción de alarma» con su correspondiente activación autonómica. Tras la etapa inicial de horror, conmoción y alarma, se produjo una etapa en la que se activaron las estrategias de afrontamiento, como las de lucha, ataque o compromiso (etapa de resistencia) estando acompañadas estas estrategias de afrontamiento por emociones como el miedo o la ira. Si las estrategias no tenían éxito, se alcanzaba una etapa de agotamiento, o, si tenían éxito, se lograba una adaptación al factor estresante. El modelo también identificaba «costes» del proceso consistentes en una menor resistencia al estrés en términos de un deterioro del rendimiento físico, desórdenes psicósomáticos, y una menor tolerancia a la frustración. Algunos de estos efectos se han atribuido a cambios en la respuesta inmunitaria.

Estrés y alteración de la función inmunitaria

Se han relacionado con frecuencia las reducciones o alteraciones de la función inmunitaria con la vivencia de eventos vitales estresantes (por ejemplo, Ader, 2001; Dantzer y Kelley, 1989; Salovey *et al.*, 2000). El sistema inmunitario, tal y como se ha descrito en el Capítulo 8, es la defensa del cuerpo contra la enfermedad. Funciona produciendo determinados tipos de células que actúan contra los organismos externos (por ejemplo, bacterias, venenos, virus, parásitos) y contra las células anormales (por ejemplo, las células cancerosas) en el sistema sanguíneo y linfático. Estas amenazas potenciales para el cuerpo se conocen como antígenos. Las células inmunitarias son glóbulos blancos de dos grandes tipos, linfocitos y fagocitos, que se pueden encontrar en el sistema linfático, en el bazo y en la circulación de la sangre. Los fagocitos se ven atraídos por los lugares donde existe una infección debido a que el tejido libera mensajeros químicos. Éstos, cuando llegan a su destino, destruyen las células anormales o antígenos engulléndolas y consumiéndolas. La acción de los linfocitos es desencadenada por los fagocitos (por un subtipo conocido como macrófagos). Los linfocitos son células T (células CD4+ o células T colaboradoras, y células CD8+ o células T citotóxicas), células B (células de memoria y células plasmáticas) y células NK (*Natural Killers*). Las células B señalan a los antígenos invasores para poder identificarlos para su destrucción, y también «recuerdan» al antígeno para permitir una detección temprana de ataques futuros. Su plasma produce anticuerpos, que permanecen en el flujo sanguíneo hasta que desaparece el microorganismo o la enfermedad.

Las células NK ralentizan el crecimiento de las células anormales (por ejemplo, en el cáncer) de forma que las demás respuestas inmunitarias puedan organizar un ataque. El papel de los fagocitos y de las células NK

consiste en proporcionar una inmunidad no específica en tanto en cuanto proporcionan una primera línea de defensa general contra una amplia variedad de antígenos, mientras que la inmunidad específica es provista por las células B y T ante antígenos específicos para los que han sido sensibilizadas (véase la Tabla 11.4 para ver un resumen del papel de las células B y T).

Tabla 11.4 Inmunidad específica y tipos de células

Inmunidad humoral: células B	Inmunidad mediada por células: células T
Actúan en el torrente sanguíneo	Actúan en las células
Funcionan liberando anticuerpos que, a continuación, destruyen al antígeno	Incluyen las células de memoria, células T citotóxicas, células T colaboradoras (CD4+) y células T supresoras
Incluyen células de memoria	Maduran en el timo y no en la médula ósea como hacen otros glóbulos blancos

Cada tipo de células, NK, B y T, interactúan y se ayudan entre sí para luchar contra la infección o contra el crecimiento de células anormales. En el Capítulo 8 se detalla la acción más específica de cada uno de estos tipos de células. El sistema inmunitario también está afectado por el funcionamiento del sistema nervioso simpático y las respuestas endocrinas descritas anteriormente; por ejemplo, el sistema hipotalámico-pituitario-adrenocortical hace que se liberen hormonas como el cortisol de las glándulas adrenales, y se cree que estas hormonas estimulan el sistema inmune. Por desgracia, el cortisol parece dañar a las células T y B, y aumenta la susceptibilidad de un individuo a la infección, en vez de reducirla (Antoni, 1987). Por lo general, actualmente se acepta que hay una comunicación tanto entre el sistema neuroendocrino y el sistema inmunológico como dentro de cada uno de estos sistemas, desempeñando el cerebro un papel inmuoregulator (por ejemplo, Blalock, 1994).

Lo importante para los psicólogos de la salud es que los estudios han encontrado una relación entre la proliferación de células B, T y NK y la experiencia subjetiva del estrés; en otras palabras, han demostrado que el estrés psicológico interfiere con el funcionamiento de nuestro cuerpo. Uno de los primeros estudios, realizado por Kiecolt-Glaser, Garnier, Speicher *et al.* (1984), encontró que había una significativa reducción de la actividad de las células NK entre los estudiantes antes de exámenes finales importantes, comparada con la actividad medida a mitad del curso. Además, aquellos estudiantes que referían sentimientos de soledad y un elevado número de eventos vitales estresantes recientes presentaban una actividad de las células NK significativamente inferior en ambos momentos comparado con los estudiantes que habían experimentado pocos eventos vitales estresantes y no tenían sentimientos de soledad.

Esta evidencia empírica fue confirmada simultáneamente en otros trabajos, pero hizo falta mucho tiempo para que se aceptaran los hallazgos de estos estudios experimentales porque estas conclusiones requerían un cambio de paradigma, de un paradigma que consideraba que el cuerpo funcionaba de forma independiente de la mente a un paradigma que acep-

taba el hecho de que los factores psicológicos podrían influir sobre la competencia inmunológica (es decir, sobre el grado en que nuestro sistema inmunitario funciona de forma eficaz). Desde finales de la década de 1970, el trabajo en esta nueva área de la psiconeuroinmunología (el estudio de cómo interactúan los factores psicosociales con el sistema nervioso y el sistema inmunitario) no ha dejado de progresar (para una revisión véanse Herbert y Cohen, 1993; Cohen y Herbert, 1996). Esta investigación proporciona a los científicos la oportunidad de valorar índices «objetivos» de la respuesta del estrés junto, y en relación con, autoinformes subjetivos de estrés.

A lo largo de este capítulo debería haber quedado claro que el estrés no es un proceso fisiológico único, sino un proceso extremadamente complejo. La experiencia del estrés es, en diversos grados, dependiente de los sucesos que actúan como estímulos (agudos o crónicos, físicos o psicológicos), de las representaciones internas de estos sucesos, incluyendo las valoraciones y respuestas emocionales del individuo, y del carácter y grado de activación fisiológica y conductual que se produce. El estrés tiene, sin duda alguna, un fuerte componente psicológico, además de que las respuestas de estrés cambian a lo largo del tiempo a medida que el individuo se ajusta (o no) a la situación. Dadas estas características, no resulta sorprendente que la medición del estrés resulte tan compleja, y en el próximo recuadro sobre CUESTIONES se analizan algunos de los relacionados con la medición del estrés.

Cuestiones

¿Se puede medir el estrés?

Al igual que con cualquier otro concepto, la forma en que se defina influirá sobre cómo se mida o evalúe. Hemos descrito tres grandes formas de pensar sobre el estrés: como un estímulo, como una valoración cognitiva y como una respuesta fisiológica, y cada una de estas perspectivas da lugar a distintas formas de evaluarlo.

La medición del estrés como estímulo resulta problemática dado lo descrito anteriormente respecto a las deficiencias del enfoque del estrés en función de los eventos vitales; si muchos de los eventos vitales son irrelevantes para el individuo debido a su edad o etapa vital, ¿significa que estos individuos están menos estresados porque se reduce su puntuación total potencial? Además, por lo general, los individuos buscan explicaciones sobre cómo se sienten o sobre los acontecimientos que han vivido: por ejemplo, es común que los individuos refieran mucho eventos vitales como predecesores de un ataque al corazón; por ello, la medición de las explicaciones retrospectivas de los eventos vitales puede, en este caso, generar una estimación exagerada del papel que desempeña el estrés en la enfermedad.

El estrés depende de la valoración, que incluye un estímulo, una cognición y una emoción y, por tanto, es necesario medir las valoraciones que hacen los individuos del suceso que actúan como estímulo, de sus emociones, de sus recursos percibidos, así como de su potencial de afrontamiento percibido. Las valoraciones del estrés tienden a ser evaluadas

preguntando sencillamente a la gente cómo se siente, o pidiendo que se complemente una evaluación psicométrica estandarizada. Un ejemplo utilizado frecuentemente es la escala del estrés percibido, que evalúa el grado en que se considera que las situaciones vitales son estresantes (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983). Los ejemplos incluyen «Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido decepcionado por algo que le ha ocurrido de forma inesperada?» Y «Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha encontrado con que no podía hacer todo lo que tenía que hacer?». (Con la siguiente puntuación: 0 = nunca; 1 = casi nunca; 2 = a veces; 3 = con bastante frecuencia; 4 = con mucha frecuencia.) Una puntuación elevada indica un mayor estrés percibido.

En cuanto a la evaluación de las respuestas individuales que se consideran indicativas de que existe estrés, muchos estudios incluyen una medición de la sensación de angustia o de otros estados de ánimo más concretos (por ejemplo, ira, depresión o ansiedad). Un instrumento utilizado frecuentemente es el cuestionario de salud general (GHQ; Goldberg y Williams, 1988). Hay varias versiones del GHQ que varían en función del número de ítems incluidos. La versión con 28 ítems mide una combinación de estados emocionales (ansiedad, insomnio, disfunción social, depresión severa y síntomas somáticos) mientras que la versión comúnmente utilizada de 12 ítems no diferencia entre éstos, aunque sigue siendo una medida discriminativa de desórdenes psiquiátricos. Los evaluados indican si han experimentado un síntoma o comportamiento particular «menos de lo habitual», «no más de lo habitual», «relativamente más que lo habitual» o «mucho más de lo habitual», y los ítems de ejemplo incluyen «¿recientemente... ha podido concentrarse en lo que fuera que estuviese haciendo?... se ha sentido infeliz y deprimido?... se ha sentido constantemente bajo presión? Esta escala se suele utilizar más como un indicador

Para poder evaluar los procesos de valoración secundaria centrales en el modelo de Lazarus, los trabajos de investigación también han utilizado frecuentemente medidas de los recursos personales, como la autoeficacia o el apoyo social percibido. Sin embargo, independientemente del número de instrumentos de evaluación utilizados, existen limitaciones inherentes a la valoración de una experiencia tan subjetiva como el estrés. Por ejemplo, es probable que angustie el malestar sesgue las respuestas que se dan a preguntas sobre la naturaleza del factor estresante, o sobre el número de eventos vitales experimentados recientemente. Es probable que el sentir ansiedad o depresión influya sobre los recursos que uno considera que tiene disponibles. Evidentemente, estos aspectos de la experiencia de estrés interactúan entre sí, por lo que es necesario que las investigaciones diferencien entre los precursores de una respuesta del estrés de la propia respuesta de estrés.

Se puede medir el estrés como respuesta utilizando índices fisiológicos y físicos, como la tasa cardiaca, la presión arterial, la respuesta electrodérmica, los niveles de adrenalina, noradrenalina y cortisol en la sangre o en la saliva, u otros indicadores de un mayor nivel de cortisol como los reflejados en la disminución de las inmunoglobulinas salivares (IgA-s). Sin embargo, incluso las medidas «objetivas» del estrés, como la tasa cardiaca, son susceptibles de cuestionamiento, ya que algunos individuos son, sencillamente, más «reactivos al estrés» que otros (Felsten, 2004). Por ejemplo, el nivel de incremento de la tasa cardiaca provocado por una amenaza física no es un nivel universal (Sherwood y Turner, 1992); se pueden relacionar estas diferencias con las variaciones de la actividad del sistema nervioso central (Lovallo, 1997) así como con otras diferencias individuales como la personalidad (por ejemplo, neuroticismo, Costa y McCrae, 1992a) las valoraciones y las experiencias anteriores (Lazarus, 1999).

A pesar del desafío que plantean las mediciones, un amplio número de investigaciones realizadas en este campo reconoce que, puesto que el estrés es una experiencia subjetiva, no se puede esperar que su medición sea una ciencia exacta. Como afirma Kasl (1996: 21): «Lo que tenemos, en el mejor de los casos, son indicadores indirectos y parciales del proceso de estrés, y estos indicadores tienden a medir, simultáneamente, demasiado y demasiado poco». Como ejemplo, hace referencia a la escala del estrés percibido, que mide «demasiado» en tanto en cuanto tiene una alta correlación significativa con la depresión, y mide «demasiado poco» en tanto en cuanto no evalúa los procesos de valoración secundarios, las emociones y los indicadores de la reactividad fisiológica. Como esperamos que se haya dejado claro en este capítulo, el estrés es, por su propia esencia, complejo, y descubrirá, a medida que amplíe su lectura, que muchos estudios de investigación empírica así lo han reconocido al adoptar múltiples métodos de evaluación.

El reto final en el campo de la investigación del estrés consiste en establecer la causalidad entre los sucesos estresantes y la enfermedad. El último apartado de este capítulo va a describir, por tanto, parte de la evidencia empírica de que el estrés está relacionado con el desarrollo de enfermedades.

La relación entre el estrés y la enfermedad

En el Capítulo 8 se describió con cierto detalle el sistema fisiológico y el sistema inmunitario. Esta última sección describe el papel del estrés en la activación de estos sistemas, con las repercusiones resultantes en cuanto al desarrollo de enfermedades. Sin embargo, merece la pena primero saber que hay distintas formas de ver la relación entre el estrés y la enfermedad.

La vía directa

Como se ha descrito anteriormente, el estrés puede producir cambios fisiológicos en el funcionamiento del sistema inmune y endocrino que pueden dar lugar al desarrollo de enfermedades, sobre todo en aquellos casos en los que el estrés es crónico más que breve (Cacioppo, Poehlmann, Kiecolt-Glaser *et al.*, 1998). Sin embargo, hay tantas variaciones individuales en la respuesta a los factores desencadenantes del estrés que la vía directa resulta compleja (por ejemplo, Cohen y Williamson, 1991; Esterling, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1996; Vedhara, Cox, Wilcock *et al.*, 1999). En este capítulo se revisa la evidencia empírica, no concluyente, de los efectos directos del estrés sobre enfermedades específicas.

Las vías indirectas

- Los individuos, a través de sus respuestas conductuales al estrés, como fumar, hábitos de comida y consumo de alcohol, se predisponen a padecer enfermedades. Estos comportamientos pueden actuar como estrategias de afrontamiento (*véase* el Capítulo 5).

- Los individuos, debido a ciertos rasgos de personalidad, se predisponen a padecer enfermedades por la forma en que reaccionan ante el estrés (*véase* el Capítulo 12).
- Los individuos que experimentan estrés tienen más probabilidades de recurrir a los servicios sanitarios que los individuos que no están sometidos a estrés. El estrés puede producir síntomas como ansiedad, fatiga, insomnio y temblores, para los que los individuos buscan tratamiento pero que no son, en sí, enfermedades (*véase* el Capítulo 12).

Sin embargo, es necesario recordar una cita de Sapolsky cuando lea las próximas secciones: «todo lo malo de la salud humana en la actualidad no está provocado por el estrés, ni tampoco tenemos la capacidad de curarnos de nuestras peores pesadillas médicas reduciendo el estrés y teniendo pensamientos saludables llenos de valentía, alegría y amor. Que más quisiéramos. Y oprobio a aquellos que vendan esta idea» (1994).

Existe una relación moderada entre el estrés y la enfermedad. Se puede ilustrar mejor esta relación revisando selectivamente la evidencia empírica sobre algunas de las muchas enfermedades para las que se ha descubierto que existe una relación con el estrés. En las próximas secciones no vamos a abordar los muchos hallazgos que relacionan las influencias psicosociales sobre, o los moderadores, de la respuesta de estrés. Estos factores se analizarán en el Capítulo 12.

El estrés y la salud del cuidador

La naturaleza, intensidad, duración y frecuencia de los sucesos que provocan estrés influyen sobre el carácter y grado de cambio de los parámetros inmunitarios de una forma dinámica que depende, en parte, del estado del sistema inmunitario en el momento en que se produce el suceso que provoca estrés (Dantzer y Kelley, 1989). Un segmento de la población que se ha estudiado con relativa frecuencia respecto a este problema son los cuidadores de personas con enfermedades crónicas, por ejemplo, los que cuidan de familiares mayores que padecen la enfermedad de Alzheimer. Una continua exigencia mental, física y social como la que supone cuidar de alguien se ha descubierto que provoca estrés en muchas personas que cuidan de sus mayores, un estrés que se manifiesta de forma inmunitaria, por ejemplo, en términos de una menor capacidad de curación de las heridas (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1995; *véase también* el recuadro EN EL PUNTO DE MIRA), un mayor número de episodios de enfermedad en comparación con grupos de control sanos (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1996) y una menor generación de anticuerpos tras una vacunación (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1996), aunque los estudios de cuidadores más jóvenes no han respaldado de manera consistente estos hallazgos (por ejemplo, Vedhara *et al.*, 2002). Para un análisis más exhaustivo de los efectos sobre los cuidadores, *véase* el Capítulo 15. La mayor parte de la investigación sobre las consecuencias físicas del estrés de los cuidadores ha analizado el incremento de la vulnerabilidad a las enfermedades debido a cambios inmunitarios, más que al propio desarrollo de una enfermedad.



 En el **punto** de mira

¿Puede el estrés dificultar que se curen sus heridas?

Janice Kiecolt-Glaser y Ronald Glaser han dedicado muchos años a estudiar la relación entre cuerpo y mente, en concreto, la relación entre la experiencia de estrés y la función inmunitaria. Aunque este capítulo presenta evidencia empírica sobre las vías fisiológicas subyacentes a las respuestas al estrés, puede que no se haya parado a pensar en cómo podría afectarle a usted el estrés, no sólo en términos de un incremento potencial de su riesgo de padecer enfermedades, como una enfermedad cardíaca, sino también en cuanto a problemas de salud cotidianos, como las heridas y lesiones que se ha hecho al practicar deporte. Los Glaser (1985) han observado, en sus estudios con cuidadores de personas mayores con la enfermedad de Alzheimer, que la curación de lesiones en tejidos inducidas experimentalmente tardaba significativamente más tiempo entre los cuidadores que entre participantes de control sanos de la misma edad. Sin embargo, esto puede deberse, en parte, a otros procesos de envejecimiento simultáneos, por lo que otros estudios han analizado si se pueden encontrar efectos parecidos en muestras más jóvenes. Vedhara y sus colaboradores (2003) examinaron en Bristol las tasas de curación de úlceras en los pies en 60 adultos con diabetes de tipo II, y encontraron que la curación era menor entre los que mostraban un elevado grado de ansiedad, depresión o estrés. Resulta importante destacar que se han encontrado efectos similares del estrés en las tasas de curación de estudiantes, que, por lo demás, estaban sanos, en los que se provocaba experimentalmente una pequeña herida en la piel en dos momentos distintos, uno durante las vacaciones de verano, y otro antes de los exámenes. La herida provocada antes de los exámenes tardaba, de media, tres días más en curar, y esto quedaba reflejado en reducciones del estado inmunitario (Marucha, Kiecolt-Glaser y Favgehi, 1998). Broadbent, Petrie, Alley *et al.* (2003) han confirmado los efectos obstaculizadores del elevado estrés y la preocupación sobre la curación de las heridas cuando éstas no se habían provocado de forma experimental sino que eran reales, por ejemplo, en participantes que se estaban recuperando de una cirugía de una hernia.

¿Por qué son importantes estos hallazgos? Reflexione sobre sus propios niveles de estrés; piense en la probabilidad que tiene de padecer una herida o lesión haciendo deporte u otro tipo de actividad, o en la posibilidad de que tenga que ser sometido a cirugía en el futuro. Piense en la preocupación actual sobre las infecciones de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina en los hospitales y comunidades británicas. La capacidad de manejar de forma eficaz su propio estrés es importante, no sólo para mantenerse sano, sino también para ayudarlo a curarse y a recuperarse cuando enferme, se lesione o se someta a una cirugía.

El estrés y el resfriado común

Cohen y sus colaboradores (Cohen, Tyrell y Smith, 1993a, 1993b; Cohen *et al.*, 1998) han realizado una serie de experimentos con voluntarios que se sometieron a la exposición a rinovirus respiratorios del resfriado común (utilizando fundamentalmente gotas nasales). Los participantes permanecieron

cían a continuación en un entorno controlado durante diversos periodos de tiempo, mientras que los investigadores esperaban para ver si los resfriados o las infecciones se desarrollaban con más frecuencia entre los que habían recibido las gotas virales que entre los sujetos de control, que habían recibido gotas salinas. Los voluntarios que habían referido más eventos vitales negativos crónicos, más estrés percibido, un mayor afecto negativo y peores respuestas de afrontamiento antes del experimento tenían más probabilidades de desarrollar señales de infección respiratoria y resfriados que los sujetos de control y los sujetos sometidos al experimento pero con bajos niveles de estrés vital. El estrés percibido y el afecto negativo predecían las tasas de infección, mientras que los eventos vitales negativos no predecían la propia infección pero sí la probabilidad de manifestar la enfermedad entre los que quedaban infectados. Estas relaciones se mantenían incluso cuando se tenía en cuenta la conducta de salud, como el consumo de tabaco o de alcohol, o variables de la personalidad, como la autoestima y la introversión-extroversión. Análogamente, Stone, Bovbjerg, Neale *et al.* (1993) encontraron que existía una relación padecida entre las dosis y la respuesta a una serie de eventos vitales estresantes experimentados antes de la inoculación de un rinovirus y la posterior presentación de síntomas de resfriado.

Aunque los resultados relacionados con el estrés y la susceptibilidad a la gripe han sido inconsistentes, el trabajo del grupo de investigación de Cohen, resumido en su artículo de 1998, proporciona una evidencia empírica convincente de la existencia de una relación entre el estrés crónico (como opuesto a la gravedad) y el resfriado común. Controlaron otras posibles influencias como el estado de ánimo y el hábito de fumar, y esperaron poder identificar una vía fisiológica o inmunitaria que mediara en la relación entre el estrés y el resfriado, pero no consiguieron encontrarla a pesar de tomar un gran número de cuidadosas medidas del funcionamiento inmunitario y neuroendocrino (Leventhal, Patrick-Miller y Leventhal, 1998). El fracaso a la hora de identificar esta vía, y el hecho de que estos estudios hayan sido realizados en entornos de laboratorio, implica que sigue habiendo mucho camino por delante antes de poder comprender plenamente cómo actúa el estrés y, en concreto, cómo actúa en los entornos de la vida real.

Los estudios prospectivos con poblaciones clínicas sometidas a factores estresantes «naturales» mejoran, en cierta medida, nuestra comprensión de la relación entre el estrés, la función inmunitaria y la enfermedad. Aunque existe cierta evidencia empírica de que los cambios fisiológicos mediados por el estrés desempeñan un papel en la aparición inicial de las enfermedades entre individuos sanos (como en las enfermedades cardiovasculares), existe una mayor evidencia empírica de que el estrés experimentado por individuos «enfermos» puede afectar a la futura progresión de sus síntomas o enfermedad. A continuación revisaremos esta evidencia empírica.

Estrés y enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares son una enfermedad del sistema **cardiovascular** que se va desarrollando a medida que pasa el tiempo como

Cardiovascular

Relativo al corazón y a los vasos sanguíneos.

respuesta a una serie de factores como el historial familiar y factores relativos al estilo de vida (por ejemplo, fumar y la dieta; véase el Capítulo 3). Como se ha descrito en el Capítulo 8, la causa de las enfermedades cardiovasculares es un estrechamiento paulatino de los vasos sanguíneos que abastecen de sangre al corazón. En situaciones de estrés agudo, la activación del sistema nervioso simpático provoca una mayor tasa cardíaca y hace que los vasos sanguíneos se contraigan, reduciendo así el flujo de sangre, por lo que aumenta la presión arterial. Esto puede provocar daños en las paredes arteriales, un proceso que se ve agravado por la producción, provocada por el estrés, de adrenalina y noradrenalina (Rice, 1992). Si la presión arterial permanece elevada durante periodos de tiempo prolongados, se dice que el individuo padece hipertensión, un factor que contribuye al desarrollo de las enfermedades cardiovasculares.

El estrés también activa la liberación por parte del sistema nervioso simpático de ácidos grasos en el flujo sanguíneo, que, si no se utilizan para consumir energía, son metabolizados por el hígado y convertidos en colesterol. La acumulación de colesterol está muy implicada en el «estrechamiento» de las arterias o ateroma (la aparición de placas de grasa sobre las paredes de las arterias), y una característica clave de las enfermedades cardíacas es esta aterosclerosis. Además, la liberación de catecolaminas durante el proceso de estrés también aumenta la pegajosidad de las plaquetas de la sangre (trombocitos), lo que aumenta el riesgo de que se creen coágulos o trombos cuando se adhieren a las paredes de las arterias junto con placas de grasa, lo que hace que el «pasillo» por el que circula la sangre sea más estrecho. Si el reducido flujo sanguíneo provoca la creación de un coágulo, éste podría viajar a continuación por las arterias del individuo hasta que se hiciera tan grande que provocase un bloqueo (oclusión) y, dependiendo de que bloquee a una arteria que va al cerebro o al corazón, puede dar lugar, o bien un infarto cerebral, o bien un ataque al corazón, ambas causas importantes de mortalidad en todo el mundo.

Abundan las especulaciones sobre cuál es el papel que desempeña el estrés en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Rosch (1994), en una editorial en la revista *Stress Medicine*, señaló la importancia de diferenciar entre los factores causales y los factores coadyuvantes cuando se analiza una enfermedad, argumentando que la «causa real» de cualquier enfermedad es biomédica, y que el comportamiento y los factores sociales, como el consumo de tabaco o el estrés, no son «auténticas» causas sino que cooperan. En lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, parece que el estrés contribuye a diversas condiciones relacionadas, como la hipertensión, elevados niveles de lípidos en el suero (grasa en la sangre) y el consumo de tabaco, un reconocido factor de riesgo (por ejemplo, Jousilahti, Vartiainen, Toumilehto *et al.*, 1995). Se ha relacionado la reactividad cardiovascular durante el estrés (es decir, el grado en que un factor estresante produce una activación cardíaca como un incremento del ritmo cardíaco o de la presión arterial) con diversos procesos de enfermedades, como la de la extensión y progresión de la aterosclerosis de la arteria carótida y la aparición de la propia enfermedad cardiovascular (Smith, Gallo y Ruiz, 2003). Los estudios experimentales de la reactividad

como respuesta a estimulación aversiva o reforzante han especulado que los individuos que respondían a tareas estresantes con un incremento cuantificable del ritmo cardiaco y de la presión arterial (muy reactivos), pero que no mostraban diferencias respecto a los individuos de control en las clasificaciones subjetivas de las tareas, mostraban una mayor activación del sistema hipotalámico y de la respuestas neuroendocrinas como las que se han descrito anteriormente. Los participantes muy reactivos tenían mayores incrementos de la noradrenalina en respuesta a ambos tipos de tareas que los participantes poco reactivos, y mayores incrementos de cortisol ante la tarea aversiva, pero no ante la tarea con recompensa (Lovallo, Pincomb, Brackett y Wilson, 1990).

Estrés y cáncer

El cáncer, como las enfermedades cardiacas, se desarrolla lentamente y empieza con una mutación de las células y el desarrollo de neoplasmas que, por lo general, no son detectables, lo que termina desarrollándose en tumores que se pueden extender (es decir, las células se metastatizan). Los distintos tipos de cáncer varían entre sí en gran medida en cuanto a ritmos de crecimiento, propagación y prognosis, en cuanto a su sensibilidad ante los cambios del sistema inmunitario o neuroendocrino (Greer, 1999), y en cuanto a las opciones de tratamiento disponibles. Por consiguiente, tal vez no sea muy sensato esperar que el estrés ejerza un efecto homogéneo sobre los distintos tipos de cáncer. Ha habido cierta cautela en la adopción de la perspectiva biopsicosocial (*véase* el Capítulo 1) sobre este grupo de enfermedades, dado el dominio del pensamiento biomédico y las reticencias a una sobrevaloración por exagerar el papel del individuo y sus cogniciones, emociones y respuestas de afrontamiento o estrés, en la progresión del cáncer (Spiegel, 1992). El estrés puede afectar a la mutación de las células tumorales ralentizando el proceso de reparación de las células, posiblemente por sus efectos sobre la activación hormonal y la liberación de glucocorticoides, o por las influencias sobre la producción de linfocitos por parte del sistema inmunológico (*véase* Rosch, 1996, para una revisión de la investigación tanto con animales como con humanos).

Un meta-análisis de 46 estudios que analizaba la relación entre los factores psicosociales, incluyendo el estrés por eventos vitales, y el desarrollo del cáncer de mama, concluyó que no se podía explicar el cáncer de mama por estos eventos vitales, pero sí por una combinación de factores de riesgo y factores psicosociales (McKenna *et al.*, 1999). Estos hallazgos son consistentes con los de otro meta-análisis que analizaba específicamente el papel predictivo de los eventos vitales (Petticrew, Fraser y Regan, 1999), y el consenso general de que no hay una clara relación, en cuanto a la etiología del cáncer, aunque hay una evidencia empírica que no es concluyente en cuanto al estrés y la recurrencia del cáncer. Por ejemplo, Kiecolt-Glaser y Glaser (1999) han presentado datos sobre mujeres con tumores de cáncer de mama que demuestran que las que experimentaban eventos vitales estresantes tenían una menor actividad de las células NK, lo que sugiere

que la respuesta inmunológica había disminuido. Sin embargo, un estudio prospectivo a cinco años de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama de una clínica de Londres encontró que la recurrencia no aumentaba en aquellas que habían experimentado uno o más sucesos extremadamente estresantes en el año anterior al diagnóstico o en los cinco años posteriores (Graham, Ramirez, Love, Richards y Burgess, 2002). Esto contradice algunos estudios de caso-control en los que se habían relacionado los sucesos estresantes con las recaídas (por ejemplo, Ramirez, Craig, Watson *et al.*, 1989), pero el estudio de Graham y sus colaboradores puede considerarse más robusto en la medida que es de carácter prospectivo, controla indicadores biológicos de pronóstico, como el tamaño del tumor y el grado en que el cáncer ha afectado a los nódulos linfáticos, y utiliza una muestra amplia de mujeres.

Sin embargo, hay un razonable cuerpo de conocimiento que sugiere que el estilo de afrontamiento (sobre todo uno que es pasivo e indicativo de desesperanza e indefensión) y el estado de ánimo pueden afectar al resultado del cáncer (progresión, recurrencia, muerte) (Walker, Heys y Eremin, 1999; y véase Spiegel, 2001, para un breve análisis de la bibliografía). Estos temas se abordan con más detalle en el Capítulo 12.

Estrés y enfermedades del colon

Se han investigados dos enfermedades del colon en cuanto a su relación con la experiencia de estrés. En ambas, se analiza el estrés como un factor que exacerba, más que como un factor involucrado en la etiología de la condición. En primer lugar, el *síndrome del colon irritable* es un desorden del intestino grueso caracterizado por dolor abdominal y largos periodos de, o bien diarrea, o bien estreñimiento, aunque no se puede identificar ninguna causa orgánica. Naliboff *et al.* (1998) señalan que, durante los episodios estresantes, la reactividad del intestino es mayor y aumentan los síntomas como gases, dolor o diarrea. Una segunda enfermedad intestinal es la *enfermedad inflamatoria intestinal*, que se puede subdividir a su vez en la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Estas dos enfermedades se caracterizan por provocar dolor y diarrea, que empeora y mejora de forma alternativa e irregular. La colitis ulcerosa se caracteriza por la inflamación frecuente del colon descendente (véase el Capítulo 8) mientras que la enfermedad de Crohn se puede producir en cualquier parte del tracto gastrointestinal y se considera como una inflamación de la pared intestinal exterior. Ambas enfermedades, al igual que el síndrome del colon irritable, fueron consideradas inicialmente como enfermedades psicosomáticas; sin embargo, la evidencia de que el estrés desempeña un papel en su etiología es limitada.

En muchos estudios se ha concluido que existen individuos reactivos/sensibles al estrés y no reactivos/sensibles al estrés, incluyendo, por ejemplo, el estudio de 31 pacientes con el síndrome de colon irritable realizado por Dancey, Taghavi y Fox (1998). Utilizando medidas repetidas del estrés diario y la sintomatología diaria, analizaron las relaciones a lo largo del

tiempo y encontraron que, en la mitad de la muestra, el estrés estaba relacionado con la aparición o agravamiento de síntomas, pero no en los demás pacientes. La reactividad al estrés viene influida, además, por características personales relativas a la somatización y la atención hacia los órganos internos, características que se suelen relacionar con el neuroticismo (Pennebaker, 1992; véase el Capítulo 9 para un análisis del neuroticismo y la percepción de los síntomas).

También existe cierta evidencia empírica de que el estrés desempeña un papel en el agravamiento de los síntomas de la enfermedad inflamatoria intestinal. Duffy, Zielezny, Marshall *et al.* (1991), por ejemplo, han analizado la exposición a sucesos estresantes entre 124 individuos y han encontrado que, en un periodo de seis meses, los que estaban expuestos a estrés mostraban un incremento de dos a cuatro veces mayor de episodios de enfermedad clínica comparados con los participantes que no refirieron haber padecido incidentes estresantes. Cuando los autores diferenciaban entre sucesos relacionados con la enfermedad y no relacionados con la enfermedad (a partir del informe de pacientes), la relación entre el estrés y la enfermedad quedaba más clara que cuando los sucesos referidos estaban relacionados con la salud pero no necesariamente con la enfermedad inflamatoria intestinal. Cuando los autores analizaron el tema relativo al desfase temporal entre sucesos y enfermedad (es decir, un suceso estresante que precede a la aparición de la enfermedad) encontraron, por el contrario, una relación más fuerte. Además, sus resultados mostraban que la actividad de la enfermedad permitía predecir los niveles posteriores de estrés. Esta relación bidireccional entre las variables hace que sea más difícil desenmarañar las relaciones de causa-efecto.

Estrés y VIH/SIDA

Durante los últimos 20 años se ha propagado el SIDA por todo el mundo hasta convertirse en una de las principales causas de muerte en África y en otras partes del planeta (véase el Capítulo 3). El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es un síndrome que se caracteriza infecciones oportunistas y otras enfermedades malignas y, hasta que no se identificó en 1984 el VIH (virus de inmunodeficiencia humana), no se tuvo clara cuál era la causa de esta inmuno-supresión. Como se ha descrito en el Capítulo 8, el VIH es un retrovirus, lo que significa que contiene ARN (ácido ribonucleico, parte de nuestra constitución genética) y es un virus que actúa lentamente, lo que se conoce como un lentivirus. En el Capítulo 8 se describe cómo se infiltra el virus en el cuerpo pero, de forma crucial, en cuanto al estrés potencial para la víctima, pueden pasar muchos años antes de que un individuo infectado por el VIH desarrolle el SIDA. Además de ser potencialmente mortal, la enfermedad en sí suele ser considerada como un factor estresante desde el punto de vista psicológico debido al continuo estigma social asociado a la ella (dadas sus primeras relaciones con la homosexualidad, el consumo de drogas y la promiscuidad sexual). Petrak, Doyle, Smith *et al.* (2001) encontraron que revelar o no la condición de

estar infectado por el VIH a sus familiares (el 53% de la muestra se lo había dicho a la familia) y a los amigos (el 79% se lo había dicho a los amigos próximos) estaba influido significativamente por querer proteger a los demás del impacto y por el miedo a ser discriminados. Vivir con esta enfermedad es, de por sí, algo estresante y, aunque sólo hay una limitada sugerencia de que el estrés influye sobre la probabilidad de infección cuando uno está expuesto al virus (Marks, Murray, Evans y Willig, 2000), hay evidencia empírica de que el estrés desempeña un papel influyente en la progresión de la enfermedad. La evidencia es especialmente fuerte cuando se tienen en cuenta variables moderadoras como la depresión, el apoyo social y las respuestas de afrontamiento. Por ejemplo, un meta-análisis (Zorrilla, 1996) sugiere que los síntomas depresivos, pero no la experiencia de estrés, estaban relacionados con un ritmo acelerado de aparición de los síntomas en los individuos VIH-positivo y que el estrés, pero no los síntomas depresivos, estaban relacionados con un menor número de células NK. Otros estudios también han revelado relaciones entre el nivel basal de depresión y un declive de células CD4+ (Burack *et al.*, 1993) y, en la misma muestra nueve años más tarde, una progresión más rápida del SIDA (Page-Shafer *et al.*, 1996).

Se ha encontrado que la progresión del SIDA es más rápida entre los que experimentan una acumulación de eventos vitales estresantes, síntomas depresivos y un bajo apoyo social (Leserman *et al.*, 1999). Dentro de este grupo, la triste realidad es que muchos individuos padecerán la pérdida de la pareja por culpa del SIDA, lo que se ha encontrado que, en sí, afecta a la progresión de la enfermedad en los años posteriores (Kemeny *et al.*, 1994). En el Capítulo 12 se analiza el apoyo social, o su ausencia o pérdida.

Resumen

En este capítulo se pretendía ofrecer una definición del estrés, y se ha demostrado que no hay nada parecido a una definición sencilla de este fenómeno. El estrés se suele analizar de una de las tres siguientes maneras: como un estímulo que se centra en un suceso externo (factores estresantes); como una transacción entre un suceso externo y el individuo que lo experimenta; y como una serie de respuestas fisiológicas que se manifiestan cuando el individuo tiene que hacer frente a sucesos que le imponen muchas exigencias o demandas. El modelo psicológico transaccional del estrés ponía de relieve el papel crucial de la valoración y apuntaba la importancia de tener en cuenta al individuo en la experiencia de estrés. Hay muchos sucesos distintos que pueden ser valorados como estresantes, y los sucesos que desencadenan el estrés pueden ser agudos o crónicos en sus manifestaciones y en las respuestas que requieren. Se han presentado diversos ejemplos, con un énfasis particular en el estrés laboral, algo que la mayoría de nosotros experimentaremos en algún momento. Se han analizado las diversas vías neuroendocrinas y autónomas que se ha demostrado que afectan

a la salud, y se han explorado aún más estos procesos en relación con la evidencia empírica (o su inexistencia) sobre su papel directo en enfermedades como las cardiovasculares y el cáncer. Aunque existe cierta evidencia empírica de un efecto directo del estrés sobre el desarrollo de las enfermedades, ha quedado claro que esta evidencia empírica es, en cierto modo, limitada. Muchos de los efectos del estrés son, o bien indirectos, por ejemplo, a través de su influencia sobre el comportamiento, o son más evidentes durante la experiencia de la enfermedad, cuando las diferencias individuales en cuanto a personalidad, cogniciones y recursos sociales adquieren importancia para el resultado final. Estas variables moderadoras son el centro de atención del próximo capítulo.

Lecturas recomendadas

Rice, P. L. (1992). *Stress and Health*. California: Brooks/Cole.

Para una cobertura claramente redactada y bien documentada sobre los procesos del estrés, desde la teoría hasta la intervención, incluyendo explicaciones biológicas, cognitivas y sociales.

Sapolsky, R. M. (1994). *Why Zebras Don't Get Ulcers*. New York: Freeman.

Otro texto bien redactado y atractivo sobre el tema del estrés, con una excelente revisión tanto de las teorías fisiológicas como de las psicológicas.

Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44: 1-21.

Este artículo proporciona una útil descripción del modelo transaccional del estrés y de los avances del pensamiento sobre la valoración en cuanto a sus relaciones con las emociones.

Estrés y moderadores de la enfermedad

CAPÍTULO

12

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- La teoría del afrontamiento y la distinción entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento.
- Cómo influyen las respuestas de afrontamiento en la forma en que el estrés puede afectar a la salud resultante.
- Los rasgos de personalidad, como el neuroticismo, la hostilidad y el optimismo, que influyen sobre la valoración del estrés, la respuesta de afrontamiento y los resultados en términos de enfermedades.
- Las características de los conocimientos individuales, como el control personal y la eficacia, que influyen sobre la valoración del estrés, la respuesta de afrontamiento y los resultados en términos de enfermedades.
- Las cuestiones relativas a las emociones, como la depresión y la expresión emocional, que influyen sobre la valoración del estrés, la respuesta de afrontamiento y los resultados en términos de enfermedades.
- Cómo el recurso externo del apoyo social influye sobre la valoración del estrés y los resultados en términos de enfermedades.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

El capítulo anterior establecía que se puede considerar el estrés tanto una experiencia objetiva como subjetiva, y se ofreció evidencia de las vías fisiológicas e inmunológicas por las que el estrés puede influir sobre nuestra salud y las enfermedades que padecemos. Sin embargo, no todos los individuos caerán enfermos cuando están expuestos a sucesos estresantes, lo que plantea preguntas que fascinan a los psicólogos de la salud. ¿Qué características del individuo, de sus respuestas al estrés, o de sus recursos para superar el estrés moderan o influyen sobre el impacto negativo que tiene el estrés sobre nuestra salud? Este capítulo presentará la evidencia que demuestra que los factores psicosociales son cruciales en la valoración del estrés, en las respuestas al mismo y en los resultados. Las diferencias individuales en términos de personalidad, conocimientos y emociones tienen efectos directos e indirectos sobre los resultados del estrés. Indirectamente, estos factores afectan al resultado a través de su influencia sobre las valoraciones y sobre las respuestas cognitivas y conductuales ante las demandas estresantes que tenemos que hacer frente: estos esfuerzos se conocen como los esfuerzos de afrontamiento. Además, las características de nuestras relaciones sociales y nuestro apoyo social actúan como recursos externos, que influyen directa e indirectamente sobre el impacto negativo del estrés. Se presentará la evidencia sobre el papel directo y/o moderador de estas variables y se analizará su importancia. Al final del capítulo, el lector deberá tener claras las complejas relaciones entre el estrés, la salud y la enfermedad.

En el Capítulo 11 describimos las teorías sobre el estrés y los factores relacionados con éste, tanto agudo como crónico, y analizamos las grandes relaciones teóricas entre el estrés y la enfermedad. También presentamos evidencia sobre las vías directas por las que los procesos fisiológicos e inmunológicos afectan a la relación entre estrés y enfermedad. Gran parte de la evidencia de los efectos directos del estrés sobre la enfermedad es contradictoria, en gran medida debido a que los individuos varían mucho entre sí en su forma de reaccionar ante los factores de estrés. Esto da lugar a la necesidad de analizar las vías indirectas presentadas en el Capítulo 11, es decir, cómo las distintas personalidades, creencias y emociones influyen sobre la relación entre estrés y enfermedad, ya sea directamente o a través del efecto sobre las respuestas de afrontamiento cognitivas y conductuales.

En el capítulo anterior se presentó el modelo transaccional de Lazarus sobre el estrés y el afrontamiento (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984) y se esbozó el papel crucial de la valoración (de los sucesos). Las diferencias individuales en cuanto a la valoración de los sucesos influyen sobre la respuesta cognitiva, emocional y conductual a los mismos. Algunos factores pueden actuar de forma directa para afectar a los resultados, pero la mayoría actúa de forma indirecta a través de sus efectos sobre las respuestas de afrontamiento (y también a través de las respuestas fisiológicas descritas en el Capítulo 11). Así pues, ¿qué queremos decir exactamente por afrontamiento?

El estrés y el afrontamiento

Es improbable que alguien pueda evitar el estrés y, sin duda, como se indicó en el capítulo anterior, hay cierto estrés que es bueno para nosotros (factor estresante positivo o de «eustress»); pero las valoraciones y las emociones negativas suelen despertar un deseo de reducir esos pensamientos y sentimientos para restaurar un sentido de armonía o equilibrio en nuestra vida. Aunque existen más de 30 definiciones de lo que se entiende por afrontamiento, el modelo transaccional de Lazarus (*véase* la Figura 11.1) ha tenido el impacto más profundo sobre el concepto de afrontamiento (*véase* Lazarus, 1993a, 1993b; Lazarus y Folkman, 1984). Según este modelo, el estrés psicológico se debe a un ajuste desfavorable entre el individuo y su entorno; en otras palabras, cuando existe un desajuste percibido entre las demandas y los recursos que el individuo percibe que tiene en determinada situación (Lazarus y Folkman, 1984; Lazarus, 1993a). Los individuos tienen que cambiar, o bien el estresor, o bien cómo lo interpretan para que parezca más favorable. Este esfuerzo se denomina afrontamiento.

El afrontamiento se considera un proceso dinámico que incluye toda una serie de conocimientos y conductas que surgen de las valoraciones primaria y secundaria de los sucesos, y de las emociones relacionadas con los mismos (como se ha descrito en el Capítulo 11). El afrontamiento es *cualquier cosa* que haga el individuo para reducir el impacto de un elemento estresante, real o percibido, y, puesto que las valoraciones evocan emociones, se puede lograr el afrontamiento alterando o reduciendo las emocio-

nes negativas, o centrándose directamente en el factor estresante «objetivo». El afrontamiento no consigue inevitablemente suprimir el estresor, pero consigue superar la situación de diversas maneras, por ejemplo, dominando nuevas habilidades para asumir el estrés, tolerarlo, volver a valorarlo o minimizarlo. Por tanto, el afrontamiento trata de conseguir la adaptación. Por ejemplo, si el suceso estresante es el inicio de un nuevo trabajo, y esto provoca ansiedad, el afrontamiento puede consistir en centrarse en el «trabajo» (pensar en las ventajas del nuevo cargo, tomar contacto con nuevos compañeros, obtener información sobre la empresa y sus productos), o se puede centrar en la ansiedad (hablar con un amigo, emborracharse). Como ilustra este ejemplo, el afrontamiento puede ser cognitivo o conductual, activo o pasivo. De hecho, en la literatura sobre el afrontamiento se utilizan muchos términos, a menudo términos que se solapan, resumiéndose en la Tabla 12.1 dos de los principales grupos.

Dentro de las dos grandes dimensiones descritas en la Tabla 12.1 hay una variedad de subescalas de afrontamiento que se combinan para con-

Tabla 12.1 Categorías de afrontamiento frecuentemente empleadas

1. Afrontamiento orientado a los problemas (función de resolución de problemas), es decir, los esfuerzos de afrontamiento instrumental (conductuales y/o cognitivos) dirigidos al estresor para reducir las demandas que impone o para aumentar los recursos propios. Las estrategias incluyen planificar el cambio del estresor o cómo comportarse para controlarlo; la supresión de las actividades competidoras para centrarse en la forma de afrontar el estresor; buscar apoyo práctico o información para alterar el estresor; y confrontar la fuente del estrés.

versus

Afrontamiento orientado a las emociones (función de regulación de las emociones), es decir, fundamental, pero no únicamente, esfuerzos de afrontamiento cognitivo dirigidos a abordar la respuesta emocional al estresor; por ejemplo, una nueva valoración positiva de la situación estresante para verla bajo un prisma más positivo; búsqueda de apoyo emocional; desahogarse; rezar (Lazarus y Folkman, 1984; Folkman y Lazarus, 1988: cuestionario sobre los modos de afrontamiento; Carver, Scheier y Weintraub, 1989: escala COPE, Escala multidimensional de evaluación de los estilos generales de afrontamiento).

En relación con esta distinción, Endler, Parker, Summerfeldt (1998) han dividido el afrontamiento en *orientado a la emoción* (estrategias orientadas hacia el individuo, como soñar despierto, respuestas emocionales o preocupación por uno mismo); *orientado a la tarea* (estrategias para resolver, minimizar o volver a conceptualizar el problema) y *orientado a la evitación* [incluye la distracción o diversión social (escala CISS)].

2. Enfoque atencional, vigilante, activo, de monitorización, es decir, se ocupa de abordar la fuente de estrés e intentar resolver el problema mediante, por ejemplo, búsqueda de información al respecto, o hacer esfuerzos activos, cognitivos y conductuales, para abordar la fuente del estrés (véase también estilos de afrontamiento).

versus

Enfoque evitativo, pasivo, atenuador, es decir, se ocupa de evitar o minimizar la amenaza del estresor; a veces está centrado en las emociones, a veces incluye evitar la situación; por ejemplo, la distracción pensando en cosas agradables o haciendo otras actividades para no pensar en el estresor.

Krohne (1993) describió la evitación cognitiva y la vigilancia como dos «súper-estrategias» de afrontamiento que consideraba como dos dimensiones ortogonales de atención orientación y que podían reflejar la personalidad subyacente (estilos de afrontamiento: véase una sección posterior).

formar las dimensiones generales. Las subescalas de afrontamiento identificadas por distintos grupos de investigación se han derivado generalmente del análisis de factores de un gran número de elementos relativos al afrontamiento en un intento de identificar «grupos» de elementos estadísticamente significativos que se pueden utilizar a continuación en una nueva escala de medición. Folkman y Lazarus (1988), en la popular escala de modos de afrontamiento, distinguieron ocho subescalas de afrontamiento que abordan las dos grandes dimensiones del afrontamiento centrado en los problemas y del afrontamiento centrado en las emociones: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación de la responsabilidad, huida-avoidancia, planificación de solución de problemas, reevaluación positiva. Carver y sus colaboradores (1989) diferenciaban 13, y posteriormente 15, subescalas: planificación, afrontamiento activo, supresión de actividades distractoras, aceptación, religión, desahogarse, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo emocional, humor, reinterpretación positiva, refrenar el afrontamiento, negación, desconexión mental, desconexión conductual y consumo de alcohol y drogas. Por el contrario, Endler y sus colaboradores (Endler y Parker, 1993; Endler *et al.*, 1998) valoran tres dimensiones: afrontamiento orientado a la tarea, afrontamiento orientado a las emociones y afrontamiento orientado a la evitación.

¿En qué consiste el afrontamiento adaptativo?

Cohen y Lazarus (1979) describían cinco formas de afrontamiento principales, y cada una contribuye a una adaptación exitosa al estresor:

1. Reducción de las condiciones externas perniciosas.
2. Tolerancia o ajuste a los sucesos negativos.
3. Mantenimiento de un autoimagen positiva.
4. Mantenimiento del equilibrio emocional y reducción del estrés emocional.
5. Mantenimiento de una relación satisfactoria con el entorno o con los demás.

Las respuestas de afrontamiento pueden tener éxito en una o más de estas tareas, pero la adaptación no tiene por qué ser necesariamente duradera, dependiendo del contexto y de la naturaleza del factor que provoca el estrés (por ejemplo, ¿es estable, variable o empeora?). Por ejemplo, es improbable que una persona aborde la gripe de la misma manera que si se la diagnostica con un cáncer, o que acepte suspender el examen del carné de conducir la segunda vez de la misma manera que aceptó suspenderlo la primera. Además, no se debe suponer, como en el ejemplo anterior de empezar un nuevo trabajo, que el afrontamiento consistente en abordar el problema de forma directa (buscar información sobre el nuevo cargo) es inherentemente más adaptativo que otro tipo de afrontamiento (emborracharse); hay algunas situaciones en las que el afrontamiento centrado en las emociones, o incluso el afrontamiento centrado en la evitación, son formas de afrontamiento adaptativas. La forma de superar la situación depende en

gran medida del contexto: para ser eficaz tiene que amoldarse a los cambios (véase la Figura 11.1, en la que se muestran flechas de *feedback* del afrontamiento a la (re)valoración así como al suceso que actúa como estímulo, y la Figura 12.1). El modelo de afrontamiento de Lazarus sugiere que resulta difícil predecir qué estrategias de afrontamiento serán eficaces en las distintas situaciones, ya que tanto las estrategias centradas en los problemas como las estrategias centradas en las emociones son interdependientes y funcionan simultáneamente para crear la respuesta de afrontamiento general en cualquier situación (Lazarus, 1993b). Tennen, Affleck, Armeli *et al.* (2000) lo confirmaron en un impresionante estudio longitudinal de pacientes que padecían dolores y en el que se hicieron mediciones diarias del afrontamiento. Concluyeron que las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones tenían 4,4 veces más probabilidades de ser utilizadas en aquellos días en que también se utilizaban estrategias centradas en los problemas que en aquellos otros en los que no se utilizaban estrategias centradas en los problemas. También refieren que la sintomatología cotidiana del dolor influía sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas de forma cotidiana; por ejemplo, «un incremento del dolor respecto al dolor padecido ayer aumentaba la probabilidad de que el afrontamiento centrado en los problemas de ayer se viera seguido de un afrontamiento centrado en las emociones hoy» (pág. 632). Esto pone de relieve el papel de la valoración y la reevaluación de los esfuerzos del afrontamiento: se hacen modificaciones en función de si se cree que los esfuerzos de afrontamiento anteriores han tenido éxito o no.

Por lo general, se considera que el afrontamiento centrado en los problemas tiene más probabilidades de ser adaptativo cuando se puede hacer algo para alterar o controlar el suceso que provoca el estrés. Por ejemplo, recurrir a una o más estrategias conductuales o cognitivas, como centrar los pensamientos propios en aspectos de la situación y en planificar cómo resolver cada una, o buscar información útil sobre el suceso. Por otra parte, el afrontamiento centrado en las emociones tiene más probabilidades

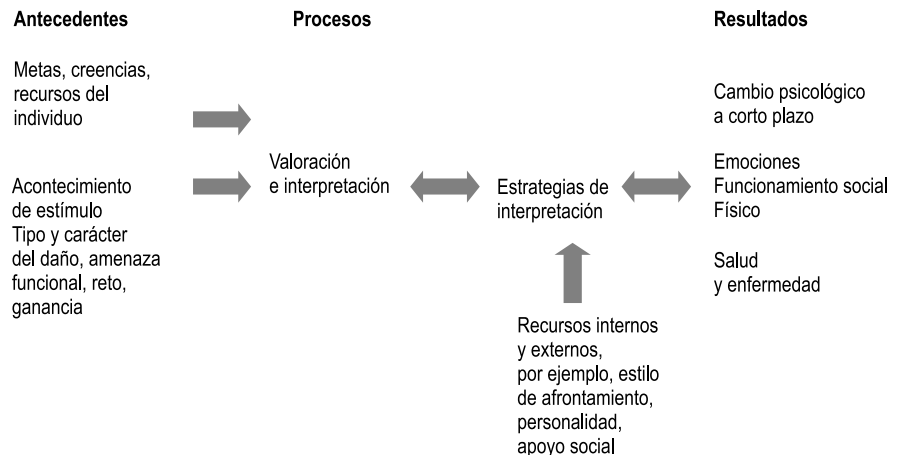


Figura 12.1 El proceso de afrontamiento.
Fuente: adaptado de Lazarus (1999: 198).

de ser adaptativo cuando el individuo tiene poco control sobre el suceso o si sus recursos para abordarlo son reducidos. El afrontamiento cognitivo centrado en las emociones quedaría reflejado en el hecho de que un individuo muestre negación o se centre en otros pensamientos como medio de distracción, mientras que los ejemplos conductuales de este tipo de afrontamiento incluirían desahogarse y mostrar las emociones o buscar apoyo emocional.

Los individuos que suelen tener un método de afrontamiento del estrés centrado en los problemas pueden descubrir que, en algunos casos, resulta contraproducente; por ejemplo, al recibir un diagnóstico de una enfermedad potencialmente mortal, el afrontamiento centrado en las emociones puede ofrecer un mejor ajuste; por ejemplo, se ha demostrado que la negación es una respuesta de afrontamiento eficaz entre las mujeres con cáncer de mama (Carver, Pozo, Harris *et al.*, 1993; Greer, Morris, Pettingale *et al.*, 1990). Aunque se relacionó la negación inicial con un ajuste positivo en la muestra de Greer, la negación continuada fue relacionada con peores resultados de supervivencia a 15 años, al igual que las respuestas de afrontamiento que reflejaban una aceptación estoica, una preocupación ansiosa por la enfermedad y desesperanza/indefensión.

Una respuesta de afrontamiento psicológica conocida como el «espíritu de lucha» (por ejemplo, «estoy decidido a vencer esta enfermedad») ha sido relacionada con mejores resultados en la supervivencia a largo plazo entre las pacientes de cáncer de mama (Greer, Morris y Pettingale, 1979; Greer *et al.*, 1990). El espíritu de lucha refleja un tipo de optimismo realista y de determinación, y los individuos que tienen un gran espíritu de lucha tienden a afrontar la enfermedad de frente en vez de a evitarla (Spiegel, 2001). Al contrario, los sentimientos de desesperanza e indefensión (por ejemplo, «tengo la sensación de que no puedo hacer nada para ayudarme») han sido relacionados con una peor supervivencia entre las pacientes de cáncer de mama (Watson, Haviland, Greer *et al.*, 1999) y los pacientes con infarto (Lewis, Dennis, O'Rourke *et al.*, 2001). Estas respuestas de afrontamiento del espíritu de lucha y la indefensión se relacionan de forma diferencial con, o bien una conducta de afrontamiento activa, centrada en el problema o bien con una conducta de afrontamiento pasiva, de evitación. Este tipo de conclusiones resultan alentadoras para las intervenciones que podrían mejorar los resultados de las enfermedades centrándose en este tipo de actitudes y respuestas de afrontamiento, por ejemplo, aumentando el espíritu de lucha al tiempo que se reduce el sentimiento de indefensión. Sin embargo, una reciente revisión de 26 estudios que analizaban los estudios de afrontamiento del espíritu de lucha o la indefensión/desesperanza y la supervivencia o recurrencia del cáncer concluyó que se pueden poner en duda las relaciones de predicción entre estas variables por las limitaciones de los tamaños muestrales o de la calidad metodológica de muchos estudios que han encontrado estas relaciones (Petticrew, Bell y Hunter, 2002).

Finalmente, respecto al afrontamiento y la adaptación, Stanton, Kirk, Cameron *et al.* (2000) han señalado que las emociones pueden tener funciones de afrontamiento adaptativo en vez de funciones perturbadoras, co-

mo implica la distinción del afrontamiento centrado en las emociones. En una serie de estudios, estos autores analizaron el «afrontamiento según el planteamiento emocional» y diferenciaron entre «procesamiento emocional» (intentos activos de comprender las emociones experimentadas) y «expresión emocional». Ambas formas de afrontamiento están relacionadas con indicadores de un ajuste psicológico positivo (*véase* una sección posterior sobre la expresión emocional).

Estilos o estrategias de afrontamiento

El estilo de afrontamiento es la tendencia general que muestran los individuos para responder a los acontecimientos de determinada manera, por ejemplo mediante la evitación *versus* prestar atención al factor que genera estrés. Otra distinción es la de los que hacen una monitorización frente a los que minimizan el problema. La monitorización refleja un estilo de afrontamiento de consideración del problema por la que se busca información relevante sobre la amenaza y se procesa, preguntando, por ejemplo, por los tratamientos y los efectos secundarios, o se busca información sobre el contenido de un próximo examen. La minimización refleja una tendencia a evitar o a distraerse de la información relevante sobre la amenaza (por ejemplo, Miller, 1987; Miller, Brody y Summerton, 1987), como dormir o soñar despierto, o hacer otras actividades. Van Zuuren y Dooper (1999) analizaron la relación entre los estilos de afrontamiento por monitorización y por minimización y la participación en la detección de la enfermedad (por ejemplo, acudir al médico si se siente cansado con frecuencia, controlarse la presión arterial) y la conducta preventiva (por ejemplo, una dieta con bajo contenido en grasas, hacer ejercicio de forma regular). La monitorización estaba relacionada de forma modesta, pero significativa, tanto con la conducta de detección como con la conducta preventiva, y los individuos con un estilo de minimización dominante tenían menos probabilidades de mostrar una conducta protectora que los que tenían una conducta menos dominante. Sin embargo, por el contrario, se concluyó que la monitorización se relacionaba con mayores sentimientos de vulnerabilidad y un elevado sentimiento de desamparo entre las mujeres con cáncer, y los autores proponen que esta tendencia a identificar y amplificar indicios de amenazas puede ser contraproducente (Miller, Fang, Manne *et al.*, 1999). Los resultados contradictorios de un estilo de afrontamiento mediante la monitorización mostrados en estos dos estudios ponen de relieve la importancia del contexto: puede que la respuesta de afrontamiento no se «ajuste» a la situación y que, por ello, sea contra-adaptativa.

La investigación sobre el afrontamiento en el campo de la psicología de la salud ha evaluado normalmente el afrontamiento respecto a estrategias específicas para un contexto, en vez de en función de los estilos; sin embargo, se pueden abordar simultáneamente los dos enfoques en los estudios que adoptan periodos de evaluación repetidos para analizar la naturaleza y la coherencia de las estrategias de afrontamiento a lo largo del tiempo (por ejemplo, Tennen *et al.*, 2000). En cierta medida, se considera

que los estilos de afrontamiento no están relacionados con el contexto o con el estímulo estresor; por el contrario, son formas generales de afrontamiento que la gente tiende a adoptar; por ejemplo, si piensa en su propia conducta probablemente sabrá si tiende a esquivar y evitar las situaciones difíciles o si las afronta. Por el contrario, las estrategias de afrontamiento derivan de un planteamiento que considera el estrés y el afrontamiento como un proceso dinámico que varía en función del contexto, del suceso y de los recursos personales del individuo, su estado de ánimo, etc., por lo que el afrontamiento en un momento dado puede incluir toda una serie de estrategias aparentemente opuestas. Lowe, Norman y Bennett (2000), por ejemplo, han concluido que, en los meses posteriores a un ataque al corazón, los individuos utilizan de manera simultánea, tanto estrategias de afrontamiento pasivo (por ejemplo, aceptación, reevaluación positiva), como estrategias de afrontamiento activo centrado en los problemas. En el mismo sentido, Macrodimitris y Endler (2001) han descubierto que los individuos con enfermedades crónicas utilizan una combinación de estrategias de afrontamiento instrumental y de distracción. También es importante tener en cuenta las intenciones o metas del afrontamiento (Laux y Weber, 1991) ya que es probable que influyan sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas en una situación cualquiera.

Metas del afrontamiento

¿Por qué eligen los individuos afrontar sus problemas de la forma en que lo hacen? La razón por la que se elige una estrategia (o más) para abordar una situación estresante percibida está relacionada con la experiencia anterior con la respuesta de afrontamiento, pero, de forma más importante, con los resultados anticipados de esa respuesta de afrontamiento; es decir, el afrontamiento es un proceso motivacional o propositivo (Lazarus, 1993b). El propósito general del afrontamiento, es decir, afrontar una situación para que sea menos perturbadora, lleva implícito una necesidad inherente de mantener la autoestima y la autoimagen de uno mismo, y de mantener buenas relaciones con los demás. Para ilustrar esta cuestión, un estudio de las discusiones entre parejas casadas (Laux y Weber, 1991) concluyó que las respuestas de afrontamiento mediante la ira y el ataque surgían cuando una de las partes consideraba que su autoestima estaba amenazada y, por tanto, el objetivo de su estrategia de afrontamiento era la defensa personal. Por el contrario, cuando las parejas se encontraban en una situación en la que compartían la ansiedad sobre un suceso externo, era más frecuente suprimir la ira y se utilizaban, por el contrario, formas de afrontamiento de respaldo mutuo, ya que el objetivo en estos casos era resolver una preocupación compartida.

Zeidner y Saklofske (1996: 506) señalan que «el afrontamiento es algo más que un mero ajuste; es la búsqueda del crecimiento personal, del dominio y de la diferenciación que nos permite evolucionar en un mundo que no deja de cambiar».



Todo el mundo experimenta estrés en algún momento de su vida. Piense en una experiencia estresante reciente que haya tenido que vivir. ¿Cómo la superó? Piense en cualquier estrategia distinta que haya adoptado para abordar este acontecimiento. ¿Cuáles eran los objetivos o metas de estas estrategias? ¿Tenían las distintas estrategias distintas metas o propósitos? ¿Cuáles fueron eficaces y cuáles no?

Al revisar esa experiencia, ¿puede usted pensar en algo de su experiencia anterior, su personalidad o sus perspectivas vitales que pudo influir en cómo reaccionó ante este acontecimiento? Hay muchos factores que influyen sobre la forma en que valoramos los sucesos y sobre cómo reaccionamos. A medida que vaya avanzando por las próximas secciones recuerde la experiencia en la que acaba de pensar y considere si cualquiera de las influencias sobre el estrés y el afrontamiento que describimos son relevantes respecto la forma en que usted aborda el estrés.

Estrés, personalidad y enfermedad

¿Qué es la personalidad? Se puede definir la personalidad como la «organización dinámica de los sistemas psicofísicos del individuo que determinan su conductas y pensamientos característicos» (Allport, 1961: 28). Esta definición refleja un enfoque de la personalidad en función de los rasgos, que considera que el perfil de personalidad de un individuo se analiza en función de dimensiones estables y duraderas como su sensibilidad, consciencia o neurosis. La perspectiva de los rasgos dominó la investigación hasta finales de la década de 1960 pero, cuando los rasgos no consiguieron explicar la conducta observada suficientemente bien se centró la atención en el papel de las variables, externas o situacionales, y en la existencia de características de estado (por ejemplo, la ansiedad específica a una situación). Los rasgos de la personalidad son estructuras que proporcionan un medio útil para que tipifiquemos los patrones de la conducta consiguiendo, con frecuencia, «tipologías» en función de agrupaciones de rasgos; por ejemplo, un «tipo» de individuo extravertido mostrará generalmente rasgos sociales, aventureros e impulsivos, mientras que un «tipo» psicótico mostrará características egocéntricas, agresivas, frías e impulsivas (Eysenck, 1982). Observe que las características relativas a la impulsividad aparecen en ambos «tipos» y, sin embargo, los dos tipos difieren por lo general en función de las agrupaciones de rasgos.

Hay varios modelos de asociación posibles entre variables de la personalidad y la salud y la enfermedad:

- La personalidad permite, en algunos casos, predecir la aparición de enfermedades (por ejemplo, Friedman y Booth-Kewley, 1987). Ésta es la perspectiva que subyace a la tradición psicosomática en la que se han relacionado algunas enfermedades con determinados rasgos de la personalidad (por ejemplo, el patrón de conducta tipo A y las enfermedades cardiacas, véase una sección posterior). La vía por la

cual se produce esta relación será probablemente fisiológica, a través de la reactividad inducida por los rasgos (*véase* el Capítulo 11).

- Puede parecer que la personalidad cambia debido a una enfermedad, por ejemplo, la depresión en una enfermedad crónica (*véase* el Capítulo 15). Se trata de una relación psicosomática, es decir, entre el *cuerpo* y la *mente*.
- La personalidad puede promover una conducta poco saludable que puede predecir el padecimiento de enfermedades, como fumar; por tanto, la personalidad tiene un efecto indirecto sobre el riesgo de contraer enfermedades (*véase también* el Capítulo 3).
- La personalidad puede desempeñar un papel en la progresión de la enfermedad o en su resultado porque influye sobre la manera en que el individuo aborda los síntomas o enfermedades; por ejemplo, es posible que los individuos hostiles no utilicen eficazmente su apoyo social.

Los «cinco grandes» factores de personalidad

Una forma actual y popular de conceptualizar y evaluar la personalidad recurre a cinco dimensiones (Costa y McCrae, 1992a, 1992b):

1. Afabilidad o cordialidad, es decir, ser cooperativo.
2. Responsabilidad o minuciosidad, es decir, ser responsable.
3. Extraversión, es decir, sociable.
4. Estabilidad emocional, es decir, tenso, ansioso.
5. Apertura a la experiencia, es decir, imaginativo, abierto a nuevas experiencias.

Se ha considerado que cada uno de estos factores es un conjunto adaptativo de rasgos que permiten, tanto a los individuos como a los grupos, adaptarse a las demandas de la vida. Los estudios que utilizan los modelos de los cinco factores han concluido que cada uno tiene relaciones distintas con la conducta saludable (por ejemplo, Booth-Kewley y Vickers, 1994; Friedman, Tucker, Schwartz *et al.*, 1995), la percepción de los síntomas (Feldman, Cohen, Doyle *et al.*, 1999), el afrontamiento (por ejemplo, David y Suls, 1996) y la conducta de enfermedad (por ejemplo, Korotkov y Hannah, 2004), concluyendo este último estudio que los factores de la personalidad están más relacionados con la valoración subjetiva de la salud que con indicadores objetivos de enfermedad.

Patrón de conducta tipo A y personalidad

Las enfermedades cardiovasculares y sus resultados (ataque al corazón, angina de pecho, paro cardíaco) han sido ampliamente estudiadas en relación con las variables de la personalidad y la emoción (*véase* una sección posterior). La búsqueda de una personalidad proclive a los problemas coronarios llevó al descubrimiento de toda una serie de conductas etiquetadas como conductas tipo A (Friedman y Rosenman, 1959, 1974; Rosenman, 1978).

Las conductas tipo A son un concepto multidimensional que combina la acción y la emoción y se manifiesta en individuos que muestran:

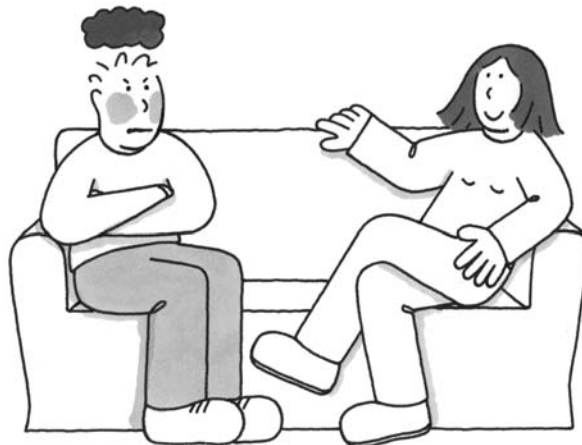
- competitividad;
- conducta de urgencia (intentar hacer demasiado en demasiado poco tiempo);
- facilidad para enfadarse/mostrar hostilidad e ira;
- impaciencia;
- conducta orientada a la consecución;
- un patrón de habla compulsivo.

En las décadas de 1960 y 1970 se descubrió que el patrón de conducta tipo A aumentaba, modesta pero consistentemente, el riesgo de enfermedades cardiovasculares y la mortalidad por infarto de miocardio cuando se comparaba con individuos que mostraban un patrón de conducta tipo B (lo contrario del tipo A, es decir, relajado con poca tendencia a la agresividad) (por ejemplo, el estudio del Western Collaborative Group (WGCS); Rosenman, Brand, Sholtz *et al.*, 1976; y el estudio sobre riesgo cardiovascular de Framingham (*Framingham heart study*)¹, Haynes, Feinleib y Kannel, 1980). Sin embargo, la mayor parte de las investigaciones posteriores, incluyendo un seguimiento a más largo plazo (22 años) de los participantes del estudio WGCS, no logró confirmar estas primeras relaciones (por ejemplo, Hollis, Connett, Stevens *et al.*, 1990; OrthGomer y Uden, 1990; Ragland y Brand, 1988; véase Booth-Kewley y Friedman, 1987, para una revisión). De hecho, algunos de estos estudios encontraron resultados muy diferentes a lo esperado; por ejemplo, el seguimiento a 22 años del grupo del estudio WGCS realizado por Ragland y Brand concluyó que las personas con personalidad tipo B que habían padecido anteriormente enfermedades cardiovasculares padecían un segundo ataque al corazón más deprisa que el tipo A con una enfermedad cardiovascular anterior, y que el tipo A sano no tenía más probabilidades que el tipo B sano de padecer un ataque al corazón mortal. Algunas de estas conclusiones contradictorias pueden explicarse en función de las diferencias de las técnicas de evaluación de la conducta tipo A (por ejemplo, entrevistas estructuradas cara a cara frente a cuestionarios cumplimentados por el propio participante), diferencias en la valoración de los resultados del ataque al corazón (por ejemplo, padecer un ataque al corazón, morir por un ataque al corazón, angina de pecho, enfermedad arterial) o diferencias en las muestras. Por ejemplo, algunos estudios utilizaban muestras sanas, otros utilizaban supervivientes de un ataque al corazón u otros con otros factores de riesgo, como fumar (véase Miller, Turner, Tindale *et al.*, 1991, para una revisión de las explicaciones de las conclusiones contradictorias de la investigación sobre la conducta tipo A).

¹ Nota de los revisores: el *Framingham heart study* es una investigación iniciada en 1948 en Framingham, Massachusetts (EEUU) bajo la dirección del National Heart Lung and Blood Institute en colaboración con la Universidad de Boston, con el objetivo de identificar los factores que influyen en las enfermedades cardiovasculares. Para ello trabajaron con una muestra inicial de 5.209 personas que se completó en el año 1971 con los descendientes de esa primera muestra (otros 5.124 sujetos) y en 2005 con 4.095 de la tercera generación.

Aunque puede que la evidencia sobre la relación entre la conducta tipo A y las enfermedades coronarias sea controvertida, existe cierta evidencia que sugiere que el tipo A responde más deprisa y de manera más emocional al estrés, y que muestra una mayor necesidad de control que los individuos que no pertenecen al tipo A (Furnham, 1990). Estas características del tipo A pueden, de hecho, aumentar la probabilidad de que un individuo padezca estrés, ya que es probable que influyan sobre sus relaciones con los demás (Smith, 1994) y hagan que el individuo sienta que se encuentra en un entorno más «estresante». El tipo A también muestra una mayor reactividad fisiológica que el tipo B, aunque esta mayor reactividad parece depender de la tarea y se hace patente cuando las tareas son competitivas o plantean retos y no cuando son tareas irrelevantes para la personalidad tipo A, como sencillas tareas perceptivo-motrices (por ejemplo, Krantz, Glass, Shaeffer *et al.*, 1982). La reactividad cardiovascular durante el estrés ha sido relacionada con diversos procesos de enfermedades, como el grado y el avance de la aterosclerosis de la arteria carótida y la aparición de enfermedades cardiovasculares (Smith, Gallo y Ruiz, 2003), y, por tanto, es esta reactividad la que puede proporcionar el mecanismo por el que la personalidad o las características del tipo A afectan a las enfermedades. Existe evidencia empírica de que la conducta tipo A se puede alterar mediante intervenciones, con ganancias resultantes para la salud (Friedman, Thoresen, Gill *et al.*, 1986) lo que respalda el planteamiento de que el tipo A es una respuesta a situaciones provocadoras que sólo se debe, en parte, a un rasgo estable de la personalidad. Parece que el componente central es una conducta y unas actitudes hostiles o antagónicas, lo que se considera como un rasgo.

■ Hostilidad e ira



Se define la hostilidad como un rasgo compuesto por elementos emocionales, cognitivos y conductuales. Se cree que el rasgo de la ira es un elemento emocional central que es experimentado por el individuo y manifestado en

acciones o expresiones agresivas o antagónicas. Los elementos cognitivos de la hostilidad incluyen una visión cínica del mundo, una actitud general negativa y expectativas negativas (cinismo, desconfianza y maledicencia) sobre las motivaciones de los demás (Miller, Smith, Turner *et al.*, 1996). Desde el punto de vista de la conducta, los individuos hostiles pueden mostrarse abiertamente agresivos o airados. La literatura que analiza los factores psicosociales de la presión arterial y de la hipertensión ha identificado consistentemente relaciones tanto con la ira inhibida (ira hacia dentro) como con la expresión de la ira (ira hacia afuera), aunque la expresión de la ira parece estar más implicada en las enfermedades cardiovasculares (Rosenman, 1996; Suls, Wan y Costa, 1995; Williams *et al.*, 2000) y la inhibición o supresión de la ira más relacionada con el riesgo de padecer hipertensión (Vogele y Steptoe, 1993; Vogele *et al.*, 1997).

La hostilidad ha aparecido como un factor de predicción importante de la enfermedad en diversos estudios a gran escala (por ejemplo, el estudio MRFIT; Houston, Chesney, Black *et al.*, 1992; el estudio WCGS, Dembrowski, MacDougall, Costa *et al.*, 1989; Barefoot, Dahlstrom y Williams, 1983). El objetivo de estos estudios era tanto buscar relaciones entre hostilidad y padecimiento de enfermedades cardiovasculares como analizar la vía por la cual la hostilidad afectaba al estado de salud, y se han contemplado varias posibilidades.

Primero, se ha descubierto que los individuos hostiles muestran conductas de riesgo para la salud que pueden, en sí mismas, ser factores de riesgo de padecer enfermedades como enfermedades coronarias: por ejemplo, consumo excesivo de alcohol o tabaco (Lipkus, Barefoot, Williams *et al.*, 1994; Scherwitz, Perkins, Chesney *et al.*, 1992). Vögele (1998) también ha descubierto que la ira está relacionada con una mayor ingesta de alcohol y cigarrillos (*véase* la Figura 12.2). Por tanto, es esencial que los estudios que investigan la relación entre hostilidad y enfermedad tengan en

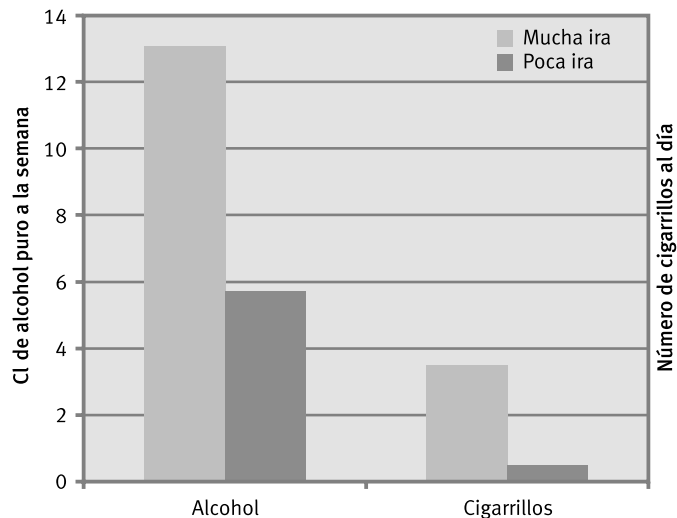


Figura 12.2 Ira y conducta saludable.

Fuente.: Vögele (1998).

cuenta estos factores de riesgo o de lo contrario no se podrá tener claro en qué medida la hostilidad contribuye de forma independiente al padecimiento de enfermedades.

Segundo, se ha descubierto que los individuos hostiles tienen una menor capacidad de beneficiarse de los recursos psicosociales del apoyo interpersonal y, por tanto, tienen menos «amortiguación» frente a los efectos negativos de los sucesos estresantes o difíciles de superar (Miller, Smith, Turner *et al.*, 1996). Se conoce como la «hipótesis de la vulnerabilidad psicosocial» por la que se considera que la hostilidad es un moderador de las relaciones entre las características estresantes del entorno y los problemas de salud (Kivimäki *et al.*, 2003). Su estudio a gran escala de adultos finlandeses concluyó que, sólo para los hombres, la hostilidad influía en la relación entre desempleo y mala salud, ya que los hombres hostiles tenían una mayor prevalencia de problemas de salud independientemente de su situación de empleo, mientras que los hombres no hostiles tenían una mejor salud si tenían un trabajo.

Tercero, los estudios experimentales han demostrado que los individuos hostiles suelen ser más reactivos al estrés que los individuos que no son hostiles. Los menores «amortiguadores», más la tendencia a tener una mayor reactividad al estrés de los individuos hostiles, los hace vulnerables a las enfermedades cardiovasculares. Por ejemplo, en una serie de estudios experimentales, Suarez y sus colaboradores (por ejemplo, Suarez y Williams, 1989; Suarez, Kuhn, Schanberg *et al.*, 1998) descubrieron que las personas que obtienen una puntuación elevada en hostilidad cínica en la escala de hostilidad de Cook-Medley generaban mayores respuestas de presión arterial y neuroendocrinas (por ejemplo, niveles de cortisol superiores) que los participantes no hostiles cuando realizaban una tarea, o bien durante, o bien inmediatamente después, de un enfrentamiento con un asistente del laboratorio maleducado y agresivo. Una evidencia similar de Everson, McKey y Lovallo (1995) demostró que los individuos con una puntuación elevada en hostilidad tenían una mayor activación cardiovascular durante una tarea realizada tras una interrupción intencionada y que, además, los individuos hostiles diferían en sus evaluaciones del experimento y de la persona que los había interrumpido que los participantes con una baja hostilidad (por ejemplo, manifestaban más irritación e ira, y sentimientos de haber sido insultados a título personal). Como se describió en el Capítulo 11, los episodios prolongados o repetidos de presión arterial elevada pueden provocar daños en las paredes de los vasos que llevan la sangre al corazón (las arterias coronarias).

Se ha recopilado suficiente evidencia de las revisiones sistemáticas y los meta-análisis como para concluir que la hostilidad es un «posible» factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (Hemingway y Marmot, 1999), y hay varios autores que han sugerido que las relaciones son más evidentes en las muestras más jóvenes (con 60 o menos años) (Kop y Krantz, 1997; Miller *et al.*, 1996; Smith, Gallo y Ruiz, 2003). Algunos autores sugieren que las «características» de riesgo, como la hostilidad (y la ira) pueden deberse a determinados contextos sociales que minan la capacidad del individuo de alcanzar sus metas o la seguridad financiera,

y que puede que la hostilidad no sea tanto un rasgo como una respuesta de afrontamiento (por ejemplo, Taylor, Repetti y Seeman, 1997). Esta perspectiva plantea la pregunta de si la hostilidad también está relacionada de manera indirecta con la enfermedad debido a su relación con la privación social (véase el Capítulo 2).

Personalidad tipo C

La búsqueda de una personalidad proclive a la enfermedad en relación con las enfermedades cardiovasculares (véase Friedman y Booth-Kewley, 1987), que llevó a la identificación y el análisis de la personalidad tipo A y de la hostilidad, estimuló la investigación sobre si había, o no, un tipo de personalidad proclive a padecer cáncer.

Los primeros trabajos que consideraron la existencia de tipos de personalidad proclives a padecer enfermedades incluyen los de Eysenck (1988) y Grossarth-Maticcek (Grossarth-Maticcek, Bastiaans y Kanazink, 1985). Plantearon la hipótesis de que la personalidad desempeñaba un papel importante en el desarrollo del cáncer y de las enfermedades cardiovasculares, e identificaron cuatro «tipos» de personalidad. Su «personalidad proclive al cáncer», tipo 1, se caracterizaba por la supresión de las emociones y la incapacidad de resolver el estrés interpersonal, lo que provocaba sentimientos de desesperanza, indefensión y, finalmente, depresión, mientras que una personalidad proclive a las enfermedades cardiovasculares, tipo 2, se caracterizaba por fuertes reacciones de frustración, ira, hostilidad y activación emocional (parecido a la conducta tipo A descrito anteriormente). Eysenck y Grossarth-Maticcek (1989), al hacer un seguimiento de una encuesta a gran escala realizada en Yugoslavia, encontraron evidencia sobre la relación del tipo 1 y el aumento del riesgo individual del cáncer en 120 veces, mientras que el tipo 2 aumentaba el riesgo de enfermedades cardiovasculares 25 veces. Evidentemente, estas cifras sugieren que se puede atribuir a las variables de la personalidad un enorme peso en el padecimiento de enfermedades, por ejemplo, un peso mayor que incluso el que se atribuye al consumo de tabaco. Las afirmaciones de estos autores provocaron inevitablemente una gran atención de los investigadores sobre su trabajo, y tanto la encuesta como sus conclusiones han sido enormemente criticadas por realizar un análisis inadecuado, por ofrecer en su artículo insuficientes detalles metodológicos y por la incapacidad general de los demás investigadores de confirmar sus conclusiones en sus estudios sobre el cáncer o las enfermedades cardiovasculares (Amelang y Schmidt-Rathjens, 1996; Pelosi y Appleby, 1992, 1993; Smedslund y Rundmo, 1999).

Por el contrario, la tipología de Temoshok (Temoshok y Fox, 1984; Temoshok, 1987), en un seguimiento a 15 años de mujeres con cáncer de mama, logró obtener unas conclusiones sólidas de una relación entre el un estilo de afrontamiento pasivo e indefenso y un mal pronóstico de la enfermedad. Describieron una **personalidad tipo C** como aquella que tiene las siguientes características:

- Cooperativo y con tendencia a evitar conflictos.
- Cumplidor y pasivo.

Personalidad tipo C

Un conjunto de características de la personalidad que se manifiestan como respuestas de afrontamiento estoicas, pasivas y no emocionales. Se cree que está más relacionada con un elevado riesgo de padecer cáncer.

- Estoico.
- Poco asertivo y proclive a hacer sacrificios.
- Tendencia a inhibir las emociones negativas, sobre todo la ira.

Hay varios estudios que respaldan la tipología tipo C y el elevado riesgo de cáncer. Por ejemplo, Shaffer, Graves, Swank *et al.* (1987) realizaron un estudio prospectivo a 30 años de 972 médicos y concluyeron que los participantes que mostraban un alto grado de expresión emocional y «exterio-rizaban» sus emociones tenían menos de un 1 por ciento de riesgo de desarrollar un cáncer, mientras que los que inhibían su expresión emocional tenían 16 veces más probabilidades que ese grupo de desarrollar un cáncer. En contraste con la conducta pasiva de supresión de las emociones de estos participantes, la evidencia apunta a resultados positivos entre los pacientes de cáncer que muestran un «espíritu de lucha» (*véase* la sección anterior sobre el afrontamiento adaptativo).

Personalidad tipo D

Personalidad tipo D

Un tipo de personalidad caracterizado por una elevada afectividad negativa e inhibición social.

El concepto de **personalidad tipo D** es muy posterior a la investigación sobre hostilidad y patrón de conducta tipo A y su relación con el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Se considera que la personalidad tipo D influye negativamente en el pronóstico y los resultados de las enfermedades cardiovasculares (Denollet y Potter, 1992; Denollet, Sys, Stroobant *et al.*, 1996; Denollet, 1998). Este tipo de personalidad se caracteriza por el «*distres*» (malestar emocional) con individuos que obtienen una puntuación elevada en afectividad negativa e inhibición social (que se define como «la evitación de peligros potenciales de las relaciones sociales, como la desaprobación o la falta de recompensa por parte de los demás» (Denollet, 1998: 209)). Por tanto, los individuos con una personalidad tipo D experimentan emociones negativas, pero las inhiben, además de evitar también el contacto social, y se han relacionado estas características con una mayor mortalidad tras el ataque al corazón u otro episodio cardíaco, incluso cuando se tienen en cuenta otros factores de riesgo biomédico (por ejemplo, Denollet *et al.*, 1996). El efecto se encontró tanto entre hombres como en las mujeres con una enfermedad cardíaca anterior.

En un intento de identificar los factores fisiológicos que se correlacionan con la personalidad tipo D, Habra, Linden, Anderson *et al.* (2003) analizaron la reactividad cardiovascular (presión arterial, ritmo cardíaco y niveles de cortisol en la saliva) de estudiantes universitarios que estaban completando una tarea mental aritmética mientras que se los molestaba. Los varones socialmente inhibidos mostraban una mayor reactividad de la presión arterial; la afectividad negativa se relacionó con cambios del ritmo cardíaco durante la tarea entre los varones; y los niveles de cortisol en la saliva se relacionaron positivamente con ambas dimensiones del tipo D (pero no en el análisis final más riguroso). Sin embargo, a diferencia de los estudios de Denollet, donde sólo la afectividad negativa y la inhibición social eran predictivos juntos, las conclusiones de Habra sugerían que la

afectividad negativa y la inhibición social actuaban de forma independiente. Puede que estos resultados se deban a claras diferencias en las muestras (adultos mayores con enfermedades cardiovasculares frente a estudiantes universitarios sanos), por lo que resulta evidente que hace falta analizar más la personalidad tipo D.

Neuroticismo

El neuroticismo es una dimensión general de diferencias individuales caracterizada por la tendencia a experimentar emociones negativas y a mostrar creencias y conductas relacionadas con éstas (Costa y McCrae, 1987). Los individuos con una elevada puntuación en la dimensión del neuroticismo suelen mostrar creencias y conductas ansiosas desproporcionadas respecto a las circunstancias. El neuroticismo fue una de las tres dimensiones de la personalidad identificadas por Eysenck (1982). Se considera que es un rasgo y, por tanto, relativamente invariable. Como se describió en el Capítulo 9, el neuroticismo está relacionado con una mayor atención a los estados internos y más molestias somáticas, y se cree que subyace a muchas relaciones entre el estrés y el estado de salud (Costa y McCrae, 1987; McCrae, 1990). Watson y Clark (1984) propusieron que otro concepto relacionado, un rasgo dominante conocido como afectividad negativa, desempeñaba un papel central en la relación entre estrés y salud. El rasgo de afectividad negativa es una dimensión de personalidad y los individuos con una elevada afectividad negativa se caracterizan por tener un punto de vista general negativo, una mayor introspección, baja afectividad (estado de ánimo) y un bajo auto-concepto. Estudios realizados con muestras de adultos concluyeron también que la afectividad negativa estaba relacionada con una baja valoración de la salud propia y más molestias de salud pero, por lo general, no con indicadores objetivos de mala salud (Cohen *et al.*, 1995; Watson y Pennebaker, 1989; Evers *et al.*, 2003). Es probable que el neuroticismo y la afectividad negativa influyan sobre la expresión de síntomas físicos y problemas de salud dada su influencia sobre la somatización y la atención que se presta a los estados corporales internos. Un «exceso de atención» ansiosa, y la mayor probabilidad de interpretar las señales corporales de forma amenazante, provocan una sobre-percepción de síntomas que, al no corresponderse con un padecimiento real de enfermedad, hacen que la afectividad negativa se describa como un «factor molesto» (Watson y Pennebaker, 1989: 248) que obliga a los investigadores a interpretar con cautela los resultados autoinformados sobre molestias somáticas y de los factores autoinformados de predicción del estrés o la angustia, ya que la relación «identificada» entre el estrés y la enfermedad puede haber quedado exagerada por un sesgo de expresión de los participantes con una elevada afectividad negativa. A pesar de que sólo existen débiles relaciones longitudinales o de predicción entre la afectividad negativa y los indicadores objetivos de enfermedad (por ejemplo, Friedman y Booth-Kewley, 1987), los estudios siguen intentando identificar si existe una vía fisiológica entre ambas, con cierta sugerencia de que la afectividad

negativa está relacionada con mayores niveles de cortisol, lo que suprime la función inmunológica (por ejemplo, van Eck, Berkhof, Nicolson *et al.*, 1996).

Hasta ahora hemos presentado conceptos sobre personalidad que se relacionan de alguna manera con resultados negativos, pero se han identificado otros varios factores que se pueden considerar como «recursos», es decir, aspectos de la personalidad que podrían reducir los resultados negativos de las experiencias estresantes.

Resistencia

El concepto de resistencia o personalidad resistente fue identificado y puesto a prueba por Kobasa (1979) cuando buscaba factores que podrían diferenciar a los individuos que reaccionan al estrés enfermándose de los que se mantienen sanos. La personalidad resistente se caracteriza por:

- haber experimentado experiencias ricas, variadas y gratificantes en la infancia.
- La presencia de las tres «C»: compromiso, control y reto o desafío (en inglés, *commitment, control y challenge*).

El **compromiso supone el reconocimiento de uno mismo como persona valiosa, capaz de** tomar decisiones de forma responsable, congruentes con sus principios y valores y comprometerse con las consecuencias de las mismas. Implica además **una sensación de pertenecer a una comunidad, con** disposición de ayudar a los otros y a su vez de recibir apoyo cuando se necesite. . El control se definió como la creencia de un individuo de que puede influir sobre los acontecimientos de su vida. Se pensaba que los individuos con un alto control veían los estresores como potencialmente modificables. El reto se definió como la tendencia de un individuo a considerar que el cambio es un hecho normal en la vida y algo que puede ser positivo. Los individuos que tuvieran una elevada puntuación en la dimensión reto considerarían que el cambio es una oportunidad de crecimiento en vez de una amenaza a su seguridad.

En vez de ejercer un efecto directo sobre la experiencia de salud, se considera que una persona «resistente» con estas características está protegida contra el estrés y, por tanto, podría mantenerse sana. El primer estudio de Kobasa se basaba en ejecutivos varones que cumplieron la escala de apreciación de reajuste social de Holmes y Rahe (*véase el Capítulo 11*) y una lista de comprobación autoinformada de síntomas y enfermedades. Las correlaciones encontradas se mantuvieron en posteriores estudios prospectivos longitudinales (Kobasa, Maddi y Kahn, 1982), y en la Figura 12.3 se presentan los efectos de la amortiguación, donde se hace patente que la resistencia tiene más efecto en situaciones de gran estrés. Beasley, Thompson y Davidson (2003) encontraban más evidencia de este efecto de amortiguación en un estudio de 187 estudiantes universitarios que informaban de forma retrospectiva sucesos de estrés vital. Además de encontrar una relación directa entre la resistencia y un menor *malestar*,

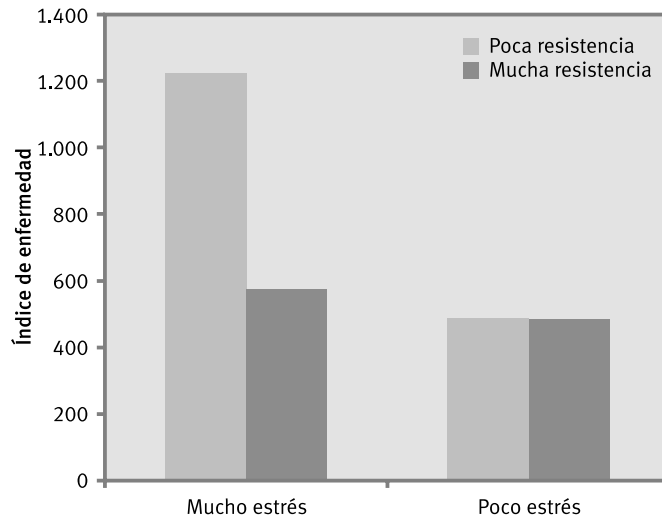


Figura 12.3 Los efectos amortiguadores de la resistencia.

Fuente: adaptado de Kobasa *et al.* (1982).

la resistencia amortiguaba los efectos de sucesos vitales negativos sobre la salud psicológica de las participantes. Tanto para los hombres como para las mujeres el efecto negativo sobre el *malestar* del afrontamiento orientado a las emociones era menor en los que tenían una elevada puntuación en resistencia. Sin embargo, este estudio era transversal y, de hecho, hay varios estudios prospectivos que no han encontrado una evidencia de efectos amortiguadores de la resistencia. También se ha sugerido que lo importante es la falta de resistencia, en vez de su existencia. Rhodewalt y Zone (1989) alcanzaron esta conclusión tras un estudio de mujeres adultas, en las que las mujeres que no mostraban resistencia habían valorado los sucesos de la vida de forma más negativa que las mujeres resistentes y que, a pesar de no haber experimentado recientemente más sucesos vitales que las mujeres resistentes, aquellas que no eran resistentes tendían a clasificar más sucesos como indeseables y que requerían un ajuste por su parte. Esto ha llevado a sugerir que la falta de resistencia puede reflejar un neuroticismo subyacente (Funk, 1992).

Optimismo

Otro recurso «protector» que puede ser beneficioso cuando hay que abordar el estrés es el del optimismo disposicional, es decir, tener una visión general positiva y expectativas positivas sobre los resultados. Scheier y sus colaboradores (Scheier, Weintraub y Carver, 1986; Scheier y Carver, 1992) propusieron que los individuos con optimismo disposicional están predispuestos a creer que los resultados deseados son posibles, y que esto motiva a los individuos optimistas a resolver más eficazmente y persistentemente los problemas de estrés o de enfermedad, reduciendo así su riesgo de padecer resultados negativos. Las personas con optimismo disposicional

tienen menos probabilidades de hacer atribuciones internas («es culpa mía»), estables («es una faceta de mi personalidad que no puedo cambiar») y globales de los sucesos negativos; es decir, es más probable que valoren el estrés como algo que se puede cambiar, específico y que no proviene de fuentes internas sino externas que potencialmente se pueden cambiar o ignorar. Por otra parte, el pesimismo es una visión negativa generalizada relacionada con respuestas al estrés de negación y distanciamiento. Se ha descubierto, por ejemplo, que el pesimismo entre los pacientes con cáncer tiene efectos independientes del optimismo y estaba relacionado con la mortalidad entre los pacientes más jóvenes incluso cuando se tenía en cuenta el factor relacionado de la depresión (Schulz, Bookwala, Knapp *et al.*, 1996).

En un meta-análisis de los estudios que utilizaban el test de Orientación Vital (la medida del optimismo desarrollada por Scheier y Carver, 1985; véase la Tabla 12.2), Andersson (1996) encuentra que el optimismo estaba relacionado significativamente con el afrontamiento, con una menor expresión de síntomas y con una menor depresión o estado de ánimo negativo, siendo más fuerte esta última relación. Los estudios revisados por Andersson incluyen las conclusiones de Aspinwall y Taylor (1992) de que el optimismo predecía respuestas de afrontamiento activo entre los estudiantes en momentos de estrés; y, en una muestra clínica, las conclusiones de Taylor, Kemeny, Aspinwall *et al.* (1992) de que el optimismo predecía un mejor funcionamiento psicológico y físico en los hombres VIH positivos. Por tanto, el optimismo ofrece beneficios tanto para las poblaciones sanas que tienen que abordar sucesos estresantes como para las poblaciones de pacientes que tienen que abordar diversos aspectos de su enfermedad.

Tabla 12.2 Medición del optimismo: el test de Orientación Vital)

Por favor, responda con la mayor precisión y sinceridad posible. Intente que su respuesta a un enunciado no afecte a las respuestas a los demás. No hay respuestas «correctas» o «incorrectas». Responda en función de sus *propios* sentimientos, y no de lo que piense que respondería «la mayoría». Utilizando la siguiente escala, ponga la letra correspondiente al lado de cada afirmación.

A	B	C	D	E
Estoy muy de acuerdo	Estoy un poco de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	No estoy muy de acuerdo	Estoy totalmente en desacuerdo
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>

* Se trata de ítems «distractores» que tienen como función disfrazar el objetivo de la prueba.

Parece que el optimismo genera un mejor funcionamiento y mejores resultados porque los individuos optimistas valoran los acontecimientos de forma que es más probable que utilicen estrategias de afrontamiento centradas en los problemas (Taylor y Armor, 1996). Por ejemplo, un estudio hecho con estudiantes de derecho concluyó que los alumnos optimistas mostraban menos conductas de afrontamiento por evitación y un menor estrés percibido que los alumnos no optimistas, aunque los autores (Segestrom, Taylor, Kemeny *et al.*, 1998) señalan que el optimismo situacional, y no el optimismo disposicional, estaba relacionado con una valoración de la situación como menos estresante. Es importante esta diferenciación entre los distintos tipos de optimismo, sobre todo dado que las distintas mediciones del optimismo permiten predecir distintos resultados: el optimismo situacional predecía un buen estado de ánimo y una buena función inmunológica, mientras que no lo predecía el optimismo disposicional.

Estos efectos beneficiosos del optimismo que han sido encontrados de forma relativamente consistente en la literatura plantean la pregunta de la viabilidad de las intervenciones para mejorar las creencias optimistas. Si el optimismo es una dimensión estable, ¿cómo se puede alcanzar? Folkman y Moskowitz (2000) han sugerido que se pueden mantener creencias optimistas gracias a tener éxito en el afrontamiento. Esto lleva a considerar si la formación en habilidades de afrontamiento y el *feedback* positivo de los esfuerzos que han tenido éxito pueden mejorar el optimismo. En caso afirmativo, el optimismo se aproximaría más a lo que se denomina autoeficacia, es decir, la creencia de que uno es capaz de hacer lo que se requiere en una situación dada (*véase* el Capítulo 5). Otro concepto relacionado con el optimismo disposicional es el del optimismo irreal, es decir, la opinión de que los sucesos desagradables le ocurrirán probablemente más a los demás que a uno mismo, y que hay más probabilidades de que las cosas agradables le ocurran a uno y no a los demás (Weinstein, 1982; también analizado en el Capítulo 5). A veces se conoce el optimismo irreal como el «optimismo defensivo» (Schwarzer, 1993) puesto que puede actuar como un amortiguador emocional frente al reconocimiento y la aceptación de posibles resultados negativos, es decir, puede proteger a los individuos de una realidad deprimente.

¿Cómo se relaciona el optimismo disposicional con los dos conceptos de optimismo irreal y autoeficacia? Y, ¿tienen ambos efectos independientes sobre la adaptación a la enfermedad? La relación entre estos tres conceptos relacionados ha sido abordada por Fournier, de Ridder y Bensing (2002) que han analizado los factores de predicción del autocuidado en individuos diabéticos insulino-dependientes o con esclerosis múltiple. Establecieron la hipótesis de que los individuos con diabetes (una enfermedad que generalmente puede ser manejada por el propio enfermo) tendrían un mejor estado de ánimo y un mejor autocuidado si tenían una elevada puntuación en **eficacia** positiva y en optimismo disposicional, ya que esto daría lugar a mejores estrategias de autocuidado, beneficios positivos percibidos sobre su condición y, por tanto, menores niveles de ansiedad y depresión. Por el contrario, se pensaba que las expectativas positivas de eficacia de los pacientes de esclerosis múltiple eran menos importantes que el auto-

Eficacia

El tecnicismo de Bandura análogo a la confianza.

cuidado, ya que esta enfermedad es menos controlable. En los pacientes de esclerosis múltiples se hizo la hipótesis de que el optimismo irrealista mejoraría, por el contrario, el estado de ánimo, porque se mantenían estas creencias a pesar del deterioro de la salud y, por tanto, el individuo no recibía un *feedback* negativo de las expectativas del optimismo irreal y de los intentos de controlar su enfermedad. Los datos confirmaron ambas hipótesis, poniendo de relieve el hecho de que las creencias optimistas actúan de forma distinta dependiendo del contexto y de la capacidad de controlar la enfermedad. También mostraban que el optimismo disposicional y las creencias de autoeficacia permanecían relativamente estables durante el periodo de seguimiento de 12 meses en comparación con el optimismo irrealista, que disminuía con el tiempo. Las variables disposicionales estables, como el optimismo, pueden ofrecer menos oportunidades para la intervención que cogniciones como el optimismo situacional e irrealista o las percepciones de control, por lo que ahora pasaremos a centrarnos en este último concepto.

Estrés y cogniciones

Control percibido

Los primeros trabajos sobre el concepto de control consideraban que se trataba de un rasgo de personalidad. El *locus de control*, derivado de la teoría del aprendizaje social de Rotter, es una creencia generalizada que, cuando es interno y no externo, podría hacer que un individuo se comportase como si esperase obtener grandes reforzadores por su comportamiento (Rotter, 1966). Además, la creencia de *locus de control* interno sólo permitía predecir la conducta en las situaciones en las que se valoraban las recompensas/resultados. Por tanto, el *locus de control* hace referencia a la expectativa, parecida a un rasgo, de que las acciones personales serán eficaces en el control o dominio del ambiente, clasificándose a los individuos en función de su creencia interna o externa.

Según Rotter, un individuo «interno» asumirá la responsabilidad de lo que le ocurre; por ejemplo, atribuirá los éxitos a sus propios esfuerzos y los fracasos a su propia vaguería. Un individuo «externo» tendrá más probabilidades de creer que las fuerzas externas, o el azar, controlan su vida, y atribuirá probablemente tanto sus éxitos como sus fracasos a la suerte o el azar. Por tanto, estas creencias influirán sobre la conducta del individuo. Se considera que los individuos internos tienen sistemas cognitivos más eficientes y que gastan más energía en obtener información que les permitirá influir sobre los acontecimientos de importancia personal. En otras palabras, los individuos con una orientación interna realizarán más esfuerzos de afrontamiento centrado en los problemas cuando tienen que afrontar factores de estrés personal o social.

Relacionando el *locus de control* con resultados más concretos, relativos a la salud, Wallston y sus colaboradores (por ejemplo, Wallston,

Wallston y deVellis, 1978) describieron el concepto de *locus de control* de salud, evaluado utilizando la Escala Multidimensional de Locus de Control de la Salud. Esta escala evalúa el grado en que un individuo cree que él mismo, factores externos o los «terceros relevantes» (por ejemplo, amigos, profesionales de la salud) son responsables de su salud y de los resultados de su salud. Por tanto, este instrumento tiene tres subescalas e incluye elementos como:

- «Yo tengo el control de mi propia salud»; interno.
- «Independientemente de lo que haga, si me voy a poner enfermo me pondré enfermo»; externo.
- «En lo que respecta a mi salud, sólo puedo hacer lo que me diga el médico»; terceros poderosos.

La escala multidimensional de *locus de control* de la salud se ha utilizado ampliamente y se ha concluido que las creencias internas, externas o de terceros relevantes están relacionadas con una serie de resultados conductuales, emocionales y de afrontamiento (incluyendo la propia conducta saludable). Por ejemplo, en dos estudios longitudinales de pacientes que padecían dolor de espalda, el *locus de control* de salud interno se relacionó con una menor incapacidad física en el seguimiento, y los pacientes con fuertes creencias de control interno se beneficiaban más de su tratamiento y hacían ejercicio con más frecuencia (el *distres* se relacionó con una peor conducta de ejercicio físico) (Fisher y Johnston, 1998; Härkäpää, Järvikoski, Mellin *et al.*, 1991). Utilizando una medida del *locus de control* de salud específica a la recuperación de la incapacidad (la Escala de Locus de Control de la Recuperación de los Discapacitados Físicos; Partridge y Johnston, 1989, Johnston, Morrison, MacWalter *et al.* 1999) también concluyeron que las percepciones del control interno predecían una mejor recuperación de la incapacidad seis meses después de haber padecido un infarto cerebral agudo. Sin embargo, cuando se intentaba revelar cómo podía haber influido el control percibido sobre la recuperación física (medida en cuanto a la capacidad de realizar una serie de actividades, como andar, vestirse e ir al cuarto de baño), los autores no concluyeron que el control percibido interno llevara a un incremento de la conducta de ejercicio físico como se refería en el estudio finlandés (Härkäpää *et al.*, 1991). Es importante que estos autores reevaluaron a este grupo de supervivientes de un infarto cerebral tres años después de haber padecido el infarto para ver si los efectos beneficiosos del control percibido se mantenían a largo plazo, y los resultados confirmaron que las creencias sobre el control percibido, tal y como se habían evaluado al inicio del estudio (a los 10-20 días del infarto cerebral) tenían una significativa capacidad de predicción de la recuperación física a largo plazo, pero no de la recuperación emocional en términos de una menor angustia (Johnston *et al.*, 2004; Morrison *et al.*, 2005).

La importancia de este tipo de conclusión es que, a diferencia de los problemas neurológicos o de la edad (que permitían predecir ambos el resultado tras un infarto cerebral), se pueden modificar las creencias sobre el control. Por ejemplo, Fisher y Johnston (1996) demostraban que una sencilla intervención consistente en enviar una carta aumentaba las creencias

sobre el control interno y reducía la expresión de dolor en una muestra con dolor crónico. Estas conclusiones sugieren que la mejora de las creencias sobre el control interno es un planteamiento de intervención útil cuando el resultado en cuestión es físico. Sin embargo, hay pocos estudios que hayan concluido que el control percibido permita predecir la evolución de la enfermedad, por ejemplo, en cuanto a la recaída de un cáncer o a la supervivencia (DeBoer, Ryckman, Pruyn *et al.*, 1999).

Además, existe una evidencia empírica de que el control interno no siempre es adaptativo en tanto en cuanto puede generar sesgos optimistas, como un optimismo irreal, aunque no está claro el sentido de la causalidad (¿tienen los optimistas un control percibido, o el hecho de tener un control percibido hace que uno sea optimista? por ejemplo, Klein y Helweg-Larsen, 2002). Además, el mantenimiento de creencias de control interno en situaciones en las que esas creencias son irrealistas (por ejemplo, una grave incapacidad permanente tras una lesión cerebral traumática) puede provocar que no tengan éxito los esfuerzos de afrontamiento centrado en los problemas. Este fracaso percibido podría, a su vez, contribuir a sentimientos de depresión e indefensión, mientras que la aceptación de la realidad de no tener control podría llevar a respuestas de afrontamiento más adaptativo centrado en las emociones (Folkman, 1984; Thompson, 1981).

Una pregunta importante que hay que plantear en este sentido es la de «¿control sobre qué?» Se han descrito varios tipos de control:

- *Conductual*: la creencia de que uno dispone de conductas que reducirán el impacto negativo del factor estresante, por ejemplo, utilizando técnicas de respiración controlada antes y durante un procedimiento odontológico doloroso.
- *Cognitivo*: la creencia de que uno tiene determinados procesos o estrategias cognitivas disponibles que reducirán el impacto negativo del factor estresante, por ejemplo, distraerse de un dolor quirúrgico centrándose en pensamientos agradables de unas próximas vacaciones o unas vacaciones anteriores.
- *Decisional*: tener la oportunidad de elegir entre opciones, por ejemplo, recibir anestesia local antes de la extracción de una muela (¡teniendo en cuenta que los efectos pueden durar horas!), o someterse a la extracción sin anestesia.
- *Informativa*: tener la oportunidad de averiguar cosas sobre el factor estresante; es decir, obtener información sobre qué, por qué, cuándo, dónde, posibles resultados, probabilidades, etc. La información permite prepararse (*véase* el Capítulo 13).
- *Retrospectivo*: atribuciones sobre la causa o el control de un suceso realizadas después de que ocurra: es decir, búsqueda del significado de un suceso que pueda dar cierto sentido de orden en la vida; por ejemplo, culpar de un defecto de nacimiento a un gen defectuoso (interno) puede ser una respuesta más adaptativa que culpar externamente, aunque no está muy claro que sea así.

Cada uno de estos tipos de control puede reducir el efecto de estrés de un suceso al cambiar la valoración que hace la persona del factor estresante,

reduciendo la excitación emocional o influyendo sobre la respuestas de afrontamiento adoptadas (por ejemplo, Parkes, 1984). Thompson, Sobolew-Shubin, Galbraith *et al.*, (1993), demostraron, en un estudio de 71 adultos con cáncer, que incluso en circunstancias generalmente incontrolables en cuanto a la evolución de la enfermedad, el control percibido sobre las emociones cotidianas y los síntomas físicos disminuía significativamente la angustia, y que estas percepciones de control permanecían relacionadas con el ajuste, incluso entre aquellos con un peor funcionamiento físico. Esto pone de relieve que, aunque el control sobre el resultado puede ser irrealista, el control sobre distintas facetas del suceso o de las respuestas al mismo sigue siendo beneficioso para el ajuste.

La autoeficacia y el *locus de control* percibido son dos importantes conceptos del control utilizados en psicología de la salud y se podría considerar que abarcan distintas fases del proceso de afrontamiento; por ejemplo, el *locus de control* es una valoración del grado en que el individuo cree que puede controlar los resultados, mientras que la autoeficacia hace referencia a la valoración de los recursos y las habilidades que el individuo cree que puede utilizar para alcanzar los resultados deseados. En relación con las creencias sobre el control también se encuentran las **atribuciones causales**. Una revisión de 64 conjuntos de datos que analizaban las relaciones entre las atribuciones sobre la causa de una amplia variedad de enfermedades y problemas de salud (incluyendo artritis, cáncer, enfermedades cardíacas, quemaduras, SIDA, infertilidad, infartos cerebrales y abortos involuntarios) y el ajuste (Hall y Marteau, 2003), concluyó que el 80 por ciento de los estudios no mostraba ninguna asociación entre las atribuciones internas (conducta de autoculpabilización) o externas (se culpabiliza a otros) y el ajuste. De hecho, no se relacionó fuertemente ninguna atribución concreta con la obtención de un resultado mejor. La autculpa caracteriológica (por ejemplo, «lo que me ha provocado la enfermedad es algo en mí que no puedo cambiar») se relacionaba con más frecuencia con peores resultados. Este tipo de autculpa se ha asociado con emociones negativas como la depresión.

Atribución causal

Por la que un individuo atribuye la causa de un suceso, sentimiento o acción a sí mismo, a los demás, al azar o a otro agente causal.

Estrés y emociones

Depresión y ansiedad

El papel que desempeña la depresión a la hora de aumentar la incidencia/probabilidad de experimentar enfermedades es controvertido y depende de la enfermedad en cuestión. El estudio del Condado de Alameda analizado en el Capítulo 3 (donde ofrecimos una lista de siete tipos de «conductas saludables») no encontró ningún efecto de un estado de ánimo deprimido sobre la incidencia de las enfermedades cardiovasculares; sin embargo, otros estudios han relacionado la depresión y la hipertensión, incluso teniendo en cuenta otros factores de riesgo. Por ejemplo, el estudio sobre riesgo cardiovascular de Framingham concluyó que la depresión, al igual

que la ansiedad, predecía la incidencia de hipertensión durante 20 años, incluso teniendo en cuenta la edad, el consumo de tabaco y la obesidad (Markowitz *et al.*, 1993). Respecto al cáncer, un importante estudio demostró que la depresión grave y recurrente en una muestra de personas mayores predecía una mayor incidencia del cáncer de mama (Penninx, Guralnik, Pahor *et al.*, 1998).

Booth-Kewley y Friedman (1987), en su meta-análisis de los estudios que analizan los factores de predicción psicológicos de las enfermedades cardiacas, pusieron de relieve varios que identificaron una relación significativa entre la depresión y los resultados de enfermedades cardiovasculares (ataque al corazón, angina de pecho, fallo cardiaco, así como enfermedades cardiovasculares globales). Más recientemente, una revisión de Hemingway y Marmot (1999) concluyó que 11 de 11 estudios longitudinales prospectivos con poblaciones sanas presentaban resultados que respaldaban un papel de la depresión y/o ansiedad en la etiología (desarrollo) de las enfermedades cardiovasculares y que seis de seis estudios prospectivos entre pacientes con enfermedades cardiovasculares encontraban un papel significativo de pronóstico de la depresión.

También se ha encontrado una relación significativa entre un estado de ánimo deprimido y la mortalidad por un ataque al corazón (infarto de miocardio). Por ejemplo, Frasure-Smith, Lespérance y Talajic (1995) han concluido que la depresión permitía predecir mejor la muerte que el grado de daño al corazón o que haber tenido un ataque al corazón anterior. Los trabajos posteriores han confirmado estas conclusiones; por ejemplo, un impresionante estudio longitudinal de 237 hombres sanos (Vaillant, 1998) concluyó que el 45 por ciento de los que habían tenido un episodio de depresión anterior o en el momento de la evaluación inicial habían fallecido en el momento de la evaluación de seguimiento (55 años más tarde) comparado con sólo el 5 por ciento de los que no habían experimentado ese episodio. Ni la depresión ni la ansiedad permitían predecir la supervivencia en dos estudios longitudinales con pacientes de infarto cerebral realizados en Escocia (Johnston, Pollard, Morrison *et al.*, 2004; Lewis, Dennis, O'Rourke y Sharpe, 2001; Morrison, Pollard, Johnston *et al.*, 2005) aunque otros estudios con seguimientos a más largo plazo han identificado una relación significativa (Morris, Robinson, Andrzejewski, Samuels y Price, 1993).

Un estado de ánimo deprimido puede reflejar un estado subyacente de afectividad negativa (*véase* la sección anterior sobre la personalidad) que es lo que se ha sugerido en el trabajo de Denollet y sus colaboradores (Denollet y dePotter, 1992; Denollet, 1998). Estos investigadores han concluido que los resultados de una enfermedad cardiovascular (recuperación, fallecimiento u otros ataques al corazón) se puede explicar parcialmente por las elevadas puntuaciones en afectividad negativa combinadas con una inhibición social (la personalidad «tipo D»; *véase* la sección anterior) y, aunque no hay ninguna sugerencia de que estas características permitan predecir la aparición de la enfermedad, se acumula la evidencia empírica sobre su papel en los resultados de una enfermedad cardiovascular.

La investigación también ha intentado identificar las emociones relacionadas con el mayor riesgo de cáncer. Uno de estos estudios es el estudio

Western Electric (WES; Persky, Kempthorne-Rawson y Shekelle, 1987), que hizo un seguimiento a 17 y 20 años y concluyó que aquellos participantes que inicialmente tenían elevadas puntuaciones en la subescala de depresión global del Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI: *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*) tenían una mayor incidencia de cáncer en el seguimiento. Sin embargo, esto se atribuyó posteriormente a factores del entorno. Otro estudio longitudinal a gran escala, el estudio del Condado de Alameda, no reprodujo estos resultados (Kaplan y Reynolds, 1988). Aunque hay cierta sugerencia de que los sentimientos de desesperanza e indefensión relacionados con la depresión están implicados en la aparición del cáncer (Everson *et al.*, 1996), parece que la evidencia respalda más, como en el caso de las enfermedades cardiovasculares, que la depresión influye sobre los resultados más que sobre la etiología. En el Capítulo 14 se abordará el tema de la depresión como resultado en sí mismo.

También se ha descubierto que la depresión está relacionada con la conducta que tiene una persona cuando tiene que asumir un suceso estresante como una enfermedad. Se considera que la depresión reduce la probabilidad de que se tenga una conducta saludable o se abandone una conducta insana. Por ejemplo, los individuos que han experimentado un ataque al corazón (infarto de miocardio) y que mostraban posteriormente una depresión tenían menos tasas de abandono del tabaquismo que las personas que no mostraban señales de depresión cinco meses después del infarto de miocardio (Huijbrechts, Duivenvoorden, Deckers *et al.*, 1996). Los individuos deprimidos también tenían menos probabilidades de asistir a clases de rehabilitación cardíaca que los individuos no deprimidos (Lane, Carroll, Ring *et al.*, 2001) y, por lo general, los resultados de las investigaciones sugieren que la adhesión a las intervenciones y tratamientos terapéuticos, como el ejercicio o la medicación, es inferior entre los individuos deprimidos que entre los que no padecen una depresión (por ejemplo, DiMatteo, Lepper y Crogan, 2000; Wing, Phelan y Tate, 2002). Esta falta de adhesión al tratamiento puede exponer a los individuos a resultados de salud negativos, como enfermedades futuras, una peor recuperación de la enfermedad o, incluso, la muerte (McDermott, Schmitt y Wallner, 1997).

Además de actuar posiblemente sobre los resultados de las enfermedades a través del efecto de la falta de adhesión al tratamiento, se ha demostrado que la depresión y la ansiedad influyen sobre las valoraciones que hacen los individuos cuando se encuentran ante sucesos estresantes (valoraciones de una amenaza frente a valoraciones de un reto), influyendo así sobre las acciones de afrontamiento que emprende el individuo. Por ejemplo, Lowe, Vedhara, Bennett *et al.* (2003), partiendo del marco del estrés-emociones-afrontamiento de Smith y Lazarus (1993; véase el Capítulo 11 para ver la explicación teórica), analizaron si la depresión estaba relacionada con valoraciones secundarias de un bajo potencial de afrontamiento centrado en los problemas y de expectativas futuras pesimistas, y si la ansiedad se relacionaba con las valoraciones de un bajo potencial de afrontamiento centrado en las emociones. Los resultados de 148 mujeres con sospechas de padecer un cáncer de mama confirmaron las expectativas sobre

las valoraciones del estrés, y también concluyeron que el afrontamiento mediante la confrontación, la evitación y la aceptación-resignación estaban todas relacionadas positivamente con la ansiedad, mientras que la depresión estaba relacionada negativamente con la confrontación y no con las otras dos respuestas de afrontamiento.

En el siguiente recuadro EN EL PUNTO DE MIRA se pone de relieve el hecho de que el afrontamiento del estrés no es únicamente una cuestión de emociones negativas y que hay un creciente cuerpo de investigación que apunta a la importancia de pensar y actuar de forma positiva.

En el de mira

Vidas positivas y con sentido

Se ha producido un crecimiento de los estudios en lo que se denomina la «psicología positiva» (Folkman y Moskowitz, 2000; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). En esencia, lo que sugieren estos autores, entre otros, es que tenemos que alejarnos de la atención centrada en cómo reducir o evitar los pensamientos y emociones negativos y prestar más atención a los beneficios de la salud y del bienestar ofrecidos por unos pensamientos y unas acciones positivas. Por ejemplo, además del optimismo, que hemos analizado en este capítulo, se cree que la esperanza, la felicidad y la alegría contribuyen a lo que Seligman, en una edición especial sobre la psicología positiva de *The Psychologist* (2003), describe como vidas deseables: una vida agradable, una buena vida y una vida con sentido. La vida agradable se consigue cuando el individuo busca emociones positivas en las experiencias actuales, pasadas y futuras, y disfruta de los sencillos placeres y gratificaciones o recompensas que obtenemos de la vida. La buena vida surge por estar, hacer y participar en la vida y en todas sus actividades de forma que se aproveche al máximo. La vida con sentido se consigue cuando utilizamos nuestras fuerzas y habilidades para beneficiar a alguien más que a nosotros mismos.

Para considerar que la vida es agradable, buena o con sentido, haría falta que el individuo fuera feliz, pero hay poca investigación que haya abordado realmente la felicidad en relación con los resultados de salud, valorando más frecuentemente el «bienestar» subjetivo que tal vez no sea lo mismo. Veenhoven (2003) afirma que se puede definir y medir la felicidad y que, preguntando simplemente sobre los niveles de felicidad, podríamos explorar preguntas como si la calidad de vida está relacionada con la felicidad o si se puede tener calidad de vida sin felicidad. ¿Qué es lo que hace que la vida sea buena?

Reflexione sobre su propia vida y en lo que le hace feliz: ¿puede que le ayude a vivir más!

Manifestación emocional

Un posible moderador del afrontamiento que está recibiendo mayor atención en los últimos años es el de la **manifestación emocional**, lo contrario de la supresión emocional, o el afrontamiento represivo, que se suele con-

cluir que son perjudiciales para la salud (*véase también* la sección sobre la personalidad «tipo C» en el apartado sobre personalidad y estrés). Un autor líder en este campo es Pennebaker (por ejemplo, Pennebaker, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988; Pennebaker, 1993) que, junto con varios colaboradores, ha desarrollado un paradigma por el que el escribir sobre el trauma reciente padecido tiene beneficios a largo plazo en cuanto al funcionamiento inmunológico (Pennebaker et al. 1988; Petrie, Booth, Pennebaker *et al.*, 1995) y el recurso a la atención sanitaria (Pennebaker y Beall, 1986).

La manifestación de las experiencias emocionales no debería confundirse con la **emoción expresada** (que puede incluir la expresión de emociones negativas y positivas) que, aunque se suele estudiar utilizando un paradigma de expresión por escrito similar, se ha relacionado con peores pronósticos entre las poblaciones psiquiátricas y obtiene conclusiones contradictorias entre los individuos con enfermedades físicas (los lectores interesados pueden ver un meta-análisis reciente de Panagopoulou, Kersbergen y Maes, 2002). Por ejemplo, Coyne y sus colaboradores (2003) concluyeron que la emoción expresada entre las parejas en las que uno había experimentado un **fallo cardíaco congestivo** estaba relacionada con una peor calidad conyugal y más *malestar*. Otros autores sugieren que la emoción expresada ayuda a la autorregulación emocional permitiendo que el paciente o su cuidador desarrollen un mayor control mental de la enfermedad y una narrativa coherente de los sucesos en su mente, lo que facilita la «reserva» y reduce el *malestar*. Sin embargo, la evidencia sobre los beneficios y «desventajas» de la redacción emocional, la manifestación y la expresión emocional siguen sin ser concluyentes y, sin duda, necesitan una mayor investigación.

Emociones expresadas

La manifestación de las experiencias emocionales como un medio para reducir el estrés; se suele lograr describiendo la experiencia por escrito.

Fallo cardíaco congestivo

Un desorden en el que el corazón pierde su capacidad de bombear sangre de forma eficiente. Por consiguiente, muchos órganos dejan de recibir suficiente oxígeno y nutrientes, lo que genera la posibilidad de que se vean dañados y, por tanto, de que no funcionen eficazmente.

Apoyo social y estrés

El último tema de este capítulo trata del apoyo social, un recurso potencial disponible para la mayoría de nosotros, pero no para todos, que se ha demostrado que tiene una fuerte relación con los resultados de salud y de enfermedad. Existe evidencia empírica de que los individuos que tienen fuertes redes de apoyo social (tanto en términos de tamaño como de utilización) son más sanos y viven más tiempo que los que están aislados socialmente pero, ¿qué es lo que se quiere decir realmente con «apoyo social»?

Definición, tipos y funciones del apoyo social

El apoyo social puede ser real o recibido. Los individuos que tienen apoyo social creen que son queridos y atendidos, estimados y valorados y que forman parte de una red social de comunicación y obligación mutua, como la que se suele compartir con la familia, los amigos o los miembros de una organización social. La red social facilita la disposición de bienes, servicios y defensa mutua en momentos de necesidad o peligro (Cobb, 1976).

El apoyo social es un recurso que, cuando se percibe como disponible, afecta a cómo valoran y responden los individuos a los acontecimientos, y los individuos que perciben un elevado nivel de respaldo tienen más probabilidades de valorar los acontecimientos como menos estresantes que los individuos que no perciben que tengan ningún respaldo (es decir, el apoyo social actúa como un «amortiguador» frente al estrés). Se ha relacionado el aislamiento social, en cuanto a un bajo nivel de apoyo social y de actividades sociales, con la mortalidad por enfermedades coronarias, por ejemplo, entre varones adultos a los que se ha hecho un seguimiento durante 10 años (Orth-Gomér, Undén y Edwards, 1988).

Hay diversos tipos de apoyo social y de sus funciones en función de lo que ofrezca la persona que proporciona el apoyo y en cuanto a lo que recibe el receptor (véase la Tabla 12.3). Se han descrito cinco tipos básicos, aunque algunos autores sólo diferencian entre apoyo instrumental, emocional y de información, y la mayoría de los estudios no intenta registrar qué es lo que «obtiene» realmente el receptor del apoyo, sino que suponen más bien que todo ello es útil. (El Capítulo 15 pone en duda este supuesto cuando se analizan las relaciones entre cuidador y paciente.)

Tabla 12.3 Tipos y funciones del apoyo social

	Proveedor	Receptor
Apoyo emocional	Empatía Cuidado Preocupación	Seguridad Sentido de confortabilidad y pertenencia
Apoyo a la estima	Atención positiva Animar a la persona Comparar en términos positivos	Fomenta la autovalía Sentido de competencia Ser valorado
Apoyo tangible/instrumental	Asistencia directa Ayuda económica/práctica	Reduce la tensión/preocupación
Respaldo de información	Consejos, sugerencias, <i>feedback</i>	Comunicación Autoeficacia/autovalía
Red de apoyo	Buen recibimiento Experiencias compartidas	Sentido de pertenencia Afilación

Apoyo social y mortalidad

Desde los primeros trabajos de Cobb, se han dedicado muchos años a intentar determinar si el apoyo social está implicado causalmente en la mortalidad, obteniéndose un primer apoyo de esta hipótesis en el estudio del Condado de Alameda (Berkman y Syme, 1979), incluso cuando se tenían en cuenta la situación de salud y la conducta de riesgo para la salud autoinformada. Los primeros trabajos también informaban de un incremento de dos veces de la mortalidad de aquellos que tenían pocas relaciones sociales (House *et al.*, 1982). Los estudios más recientes han confirmado estas relaciones. Por ejemplo, Vogt, Mullooly, Ernst *et al.* (1992), concluyeron, a partir de un estudio de seguimiento a 15 años de 2.603

adultos, que las «redes» sociales (valoradas en función de su tamaño, números de dominios de apoyo (alcance) y frecuencia de uso) permitían predecir fuertemente la mortalidad de la enfermedad isquémica coronaria, el cáncer y los infartos cerebrales. Un estudio a gran escala de empleados franceses (Melchior, Berkman, Niedhamer *et al.*, 2003) también concluyó que la falta de apoyo social y la insatisfacción con las relaciones sociales predecían un peor estado de salud.

Apoyo social y enfermedad

La evidencia de una relación entre el estrés vital y el estado de salud ha apuntado al apoyo social como moderador. Por ejemplo, Rosengren, Orth-Gomer, Bedel y Wilhelmsen (1993) concluyeron que, entre los varones de edad media, la relación entre una acumulación de cambios vitales críticos y un posterior ataque al corazón quedaba moderada por la calidad del apoyo social. Más recientemente, entre los individuos que padecían artritis reumatoide, el apoyo social en términos de una red social limitada permitía predecir la actividad de la enfermedad tres años más tarde, incluso cuando se tenían en cuenta la conducta de afrontamiento (Evers *et al.*, 2003). Se ha sugerido que las relaciones sociales son particularmente importantes en las enfermedades que conllevan una dependencia física de los demás y cuando se reduce la actividad social debido a la enfermedad (Penninx *et al.*, 1999). Además, al apoyo social puede amortiguar el impacto de la depresión sobre la mortalidad tras un ataque al corazón (Frasure-Smith, Lespérance, Gravel *et al.*, 2000).

¿Cómo influye el apoyo social sobre el estado de salud?

Todos necesitamos ayuda. Existe una amplia evidencia de que el apoyo social reduce efectivamente la angustia en momentos de estrés (por ejemplo, Cutrona y Russell, 1987, 1990) y, además, la falta de apoyo social en momentos de necesidad puede, en sí, resultar muy estresante, sobre todo para aquellos individuos que tienen una gran necesidad de recibir apoyo pero insuficientes oportunidades para obtenerlo, por ejemplo, los mayores, las personas que acaban de enviudar y otras víctimas de sucesos vitales repentinos, graves o incontrolables (por ejemplo, Penninx *et al.*, 1999). Aunque hay más evidencia del beneficio del apoyo social para reducir el estrés y el *malestar* durante la enfermedad que la que hay sobre cómo prevenir que ocurran, Greenwood, Muir, Packham y Madeley (1996), tras una revisión de estudios empíricos, también concluyeron que el escaso apoyo social tenía un mayor efecto sobre la incidencia de las enfermedades cardiovasculares que los sucesos vitales estresantes.

Se han propuesto dos teorías sobre cómo puede actuar el apoyo social (Cohen, 1988):

1. *Hipótesis sobre los efectos directos*: el apoyo social es beneficioso independientemente de la cantidad de estrés que experimenten los

individuos, y una falta de apoyo social es perjudicial para la salud, incluso en ausencia de estrés. Un elevado nivel de apoyo social proporciona un mayor sentido de pertenencia y de autoestima que un bajo nivel, produciendo así una visión positiva y un estilo de vida más saludable. Alternativamente, el apoyo social tiene una vía psicológica hacia la salud mediante, o bien una menor reactividad de la presión arterial, que se cree que surge de emociones positivas y valoraciones positivas del estrés, o posiblemente mediante mejores funciones del sistema endocrino o inmunológico, aunque las conclusiones en este campo no son tan consistentes. (Para una revisión exhaustiva, véase Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996.)

2. *Hipótesis de la amortiguación*: el apoyo social protege al individuo frente a los efectos negativos de un estrés elevado. El apoyo social actúa como un amortiguador, o bien (1) influyendo sobre las *valoraciones cognitivas* de una situación, de forma que el individuo percibe que sus recursos son mayores para superar la amenaza; o bien (2) modificando la *respuesta de afrontamiento* del individuo ante un factor estresante tras haberlo valorado como estresante (es decir, no tiene que afrontar los problemas por sí solo) (Cohen y Wills, 1985).

Se suele considerar que la búsqueda de apoyo social es una estrategia de afrontamiento activa, por la que se busca apoyo por razones prácticas y de información o con el fin de obtener un apoyo emocional. Kyngaes, Mikkonen, Nousiainen *et al.* (2001) refieren las estrategias de afrontamiento de jóvenes a los dos meses de haber desarrollado un cáncer. Esta muestra utilizaba estrategias de afrontamiento centrado en las emociones, las valoraciones y los problemas, pero el acceso al apoyo social era una de las estrategias más comunes. Se buscaba apoyo de los profesionales de la salud en términos de obtención de información sobre su enfermedad y su tratamiento, buscándose el apoyo emocional en la familia.

En cuanto a la recepción de apoyo, Turner-Cobb, Sephton, Koopman *et al.* (2000) concluyeron que las pacientes de cáncer de mama que valoraban que su apoyo social existía y era útil tenían menores niveles de cortisol por la mañana que aquellas que no valoraban así su apoyo social, lo que sugiere una vía fisiológica por la cual el apoyo social puede ofrecer sus ventajas. Las intervenciones cognitivo-conductuales que han ofrecido a las pacientes de cáncer de mama un grupo de apoyo también han referido menores niveles de cortisol (por ejemplo, Creuss, Antoni, McGregor *et al.*, 2000). En el Capítulo 11 destacábamos los efectos inmunológicos del cortisol, por los que se relaciona un mayor cortisol con una disminución inmunológica y, tal vez, un efecto sobre el crecimiento de los tumores.

■ ¿Puede ser malo el apoyo social?

Merece la pena señalar que hay algunos casos en los que un elevado nivel de apoyo social puede resultar perjudicial. Por ejemplo, entre los pacientes que padecen dolor se ha encontrado que un elevado apoyo social en térmi-

nos de ofrecer ayuda práctica con las tareas cotidianas provocaba una mala adaptación debido a procesos de condicionamiento operante (por ejemplo, Gil *et al.*, 1987). Un exceso de cuidado (*véase también* el Capítulo 15) puede hacer que el receptor de la atención termine dependiendo demasiado del cuidador y sea demasiado pasivo en cuanto a su propia recuperación (*véase* el Capítulo 15). Además, es posible que no siempre se perciba que el tipo de apoyo social proporcionado sea útil o, aún más importante, que la ayuda ofrecida no se ajuste a las necesidades del paciente: por ejemplo, el apoyo instrumental es útil si las características del suceso son controlables; el apoyo emocional puede ser más útil cuando las cosas no son controlables, por ejemplo, después de una muerte (por ejemplo, Cutrona y Russell, 1990).

Finalmente, hay una advertencia respecto a la investigación del apoyo social. Dada la subjetividad del concepto en tanto en cuanto se define en términos de «¿cuánto apoyo social percibe que tiene?», los estudios tienen que recurrir al autoinforme. Como se ha señalado en otras partes, hay sesgos inherentes cuando se recopilan datos de los autoinformes, y es probable que las variables de las diferencias individuales, como el neuroticismo, puedan influir, no sólo sobre las percepciones que tiene el individuo sobre el carácter y el nivel de apoyo social que recibe, sino también de su satisfacción con el mismo (Uchino *et al.*, 1996). Además, puede que la propia personalidad interfiera con los recursos sociales y, de hecho, prevenga o mejore la capacidad del individuo para acceder al respaldo o beneficiarse del mismo (*véase*, por ejemplo, el análisis sobre la hostilidad).

Resumen

La evidencia revisada en el Capítulo 11 sugería que el estrés puede aumentar el riesgo de daño arterial, lo que a su vez promueve el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Ésta es una propuesta de un efecto directo, que implica que la simple reducción de la exposición al estrés reduciría la probabilidad de padecer esas enfermedades. Sin embargo, este capítulo ha demostrado que es una propuesta demasiado simplista. Hay muchos factores que moderan el impacto del estrés sobre la salud, o el impacto de una enfermedad estresante sobre los resultados a más largo plazo como la discapacidad, el *malestar* y la supervivencia. En este capítulo se ha descrito que los factores que se atribuyen a la personalidad de un individuo, sus creencias sobre su capacidad de control, sus emociones y su disponibilidad de apoyo social pueden afectar a las respuestas al estrés y a los resultados. Se pueden estudiar estas variables en función de las relaciones directas que tienen con los resultados del estrés, o como variables que hay que tener en cuenta cuando se analizan otros factores de predicción. Por ejemplo, un estudio puede analizar si el rasgo del neuroticismo permite predecir el *malestar* psicológico tras una intervención quirúrgica, mientras que otro estudio puede controlar el neuroticismo analizando los efectos de una hoja de información previa a la intervención quirúrgica sobre el *malestar* del

paciente tras la intervención. Independientemente de qué es lo que se esté investigando, cada vez está más claro que hay muchas variables que influyen sobre la relación entre un suceso estresante y sus resultados, y que hay factores biológicos, psicológicos y sociales que actúan de manera simultánea en la experiencia de estrés-enfermedad.

Lecturas recomendadas

Adler, N. E. y Matthews, K. A. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45: 229-259.

Una útil revisión de muchas de las variables moderadoras analizadas en este capítulo.

Rice, P. L. (1992). *Stress and Health*. California: Brooks/Cole.

Un libro bien redactado que aborda la mayoría, si no todos, los temas analizados en el capítulo.

Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. y Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119: 488-533.

Una excelente revisión, bien presentada, del apoyo social y de sus efectos sobre el funcionamiento cardiovascular, endocrino e inmunológico. Se ofrecen resúmenes muy útiles de estudios clave.

Manejo del estrés

CAPÍTULO

13

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- Las formas de intervenir en el ámbito de una organización o de una población para reducir el estrés laboral.
- Los elementos de una aproximación cognitivo-conductual sobre el manejo del estrés.
- La naturaleza y el tratamiento del trastorno de estrés postraumático en respuesta a la aparición de una enfermedad.
- Las intervenciones eficaces para ayudar a los individuos a afrontar el estrés relacionado con una operación quirúrgica.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

Dicen que el estrés está por todas partes. Y, en efecto, uno de los problemas que más se suele referir en las consultas del médico de cabecera es el cansancio, a menudo un síntoma de estrés. Otros capítulos de este libro comentan el papel del estrés en el desarrollo de las enfermedades (Capítulo 11), o cómo el aprendizaje del manejo del estrés puede mejorar el estado de ánimo de forma eficaz, mejorar el resultado de una serie de enfermedades y reducir el padecimiento del dolor (Capítulos 16, 17). Lo que no se analiza con detalle en esos capítulos es cómo se pueden lograr esos cambios. Este capítulo aborda estas cuestiones desde diversas perspectivas. Primero analiza los planteamientos utilizados para minimizar el estrés en individuos sanos, tanto entre la población en general como en el lugar de trabajo. En este sentido, sirve de complemento de los Capítulos 5 y 6 y su análisis de las estrategias de promoción de la salud. El capítulo pasa a continuación a analizar la naturaleza de las intervenciones de manejo del estrés utilizadas cuando se trabaja con individuos que están experimentando estrés. Esta sección parte de los Capítulos 11 y 12 que analizaban la relación entre el estrés, el afrontamiento y la enfermedad, y le preparará para los Capítulos 16 y 17, que incluyen secciones sobre cómo puede ayudar el manejo del estrés a los individuos a afrontar la enfermedad y el dolor. Este capítulo analiza cómo tratamos una respuesta extrema (conocida como estrés postraumático) que se puede producir como resultado de la aparición de una enfermedad. Finalmente, analizamos cómo se puede minimizar el estrés cuando los individuos afrontan determinados factores estresantes (en este caso, una intervención quirúrgica) en un hospital, utilizando intervenciones relativamente sencillas. Esta parte del capítulo nos lleva del análisis del manejo del estrés en entornos preventivos a aquellos en los que el individuo está afrontando el estrés de padecer una enfermedad o de su tratamiento. También pasa de intervenciones sistemáticas muy complejas que involucran a toda una organización a intervenciones mucho más sencillas que pueden realizar las enfermeras y otros profesionales sanitarios en conversaciones generales con los pacientes.

Prevención del estrés

Cómo enseñar estrategias de manejo del estrés

Tal vez la forma más sencilla en que podemos ayudar a minimizar el estrés entre la población en general consiste en enseñar técnicas de manejo del estrés. Estas técnicas se pueden enseñar en clases nocturnas o incluso en ferias sobre la salud utilizando la aproximación de Brown, Cochrane y Hancox (2000). Estos organizaron ocho seminarios sobre manejo del estrés de un día completo o de medio día en un centro de ocio como parte de la campaña «Healthy Birmingham 2000», aprovechando el impulso publicitario. Estos talleres entrenaron a los asistentes en técnicas de relajación y otras estrategias para controlar su estrés (que describiremos más adelante en el capítulo). Sus grupos de comparación incluían a individuos que habían tomado parte en un programa de un día de duración centrado en sesiones sobre cómo comer de forma saludable, sensibilización sobre el alcohol y el ejercicio físico, y un grupo de individuos en una lista de espera para seminarios futuros. El acontecimiento resultó muy popular y atrajo tanto a individuos que habían acudido a un profesional de la salud, normalmente su médico de cabecera, para consultar sobre problemas relacionados con el estrés, como a individuos que no habían consultado previamente. La intervención también resultó exitosa. Comparados con los niveles basales, los participantes de los talleres que duraron un día mostraron reducciones significativamente mayores del estrés y la ansiedad a los tres meses de seguimiento que los individuos de los grupos de control: un resultado impresionante dada la brevedad relativa de la intervención y el amplio número de personas asistentes. Este tipo de aproximaciones tiene el potencial de proporcionar beneficios significativos a aquellos que toman parte, pero sólo es probable que acuda a este tipo de seminarios una proporción muy pequeña de la población general. Los psicólogos de la salud y otros han recurrido, por tanto, a otros métodos para intentar reducir el estrés de una parte significativa de la población general. Una de las más importantes aproximaciones que se han adoptado consiste en desarrollar estrategias para reducir el estrés en «poblaciones cautivas», entre las que se encuentra la gente en el trabajo.

Manejo del estrés en el ámbito de una organización

Existe una presión significativa y creciente sobre los empresarios para que proporcionen a sus empleados las habilidades necesarias para manejar eficazmente el estrés. En el Reino Unido esto se ha hecho aún más importante ya que el Health and Safety Executive, que fija las normas de seguridad en el lugar de trabajo, ha decidido ahora que los empresarios tienen la obligación legal de proteger el bienestar tanto emocional como físico de sus empleados. Las razones de esta política incluyen datos de sus propias fuentes (por ejemplo, Jones, Huxtable, Hodgson *et al.*, 2003), que indicaban que:

- En 2002 en Gran Bretaña, más de medio millón de personas afirmaron haber experimentado estrés laboral a un nivel que las hacía enfermar, con casi uno de cada cinco que pensaban que su trabajo era muy o extremadamente estresante¹.
- El estrés laboral, la depresión o la ansiedad explican una cifra estimada de 13,5 millones de días laborales perdidos en Gran Bretaña.
- Los niveles de estrés laboral están aumentando.
- Los profesores y las enfermeras tienen una prevalencia de estrés laboral especialmente elevada.

La mayoría de los intentos para reducir el estrés en el lugar de trabajo que se han publicado han incluido el entrenamiento en manejo del estrés en el lugar de trabajo utilizando métodos parecidos a los de Brown y sus colaboradores, descritos anteriormente. Es decir, han intentado ayudar a los asistentes a afrontar más eficazmente las exigencias que se les imponían. Y parecen ser eficaces. Eriksen, Ihlbaek, Mikkelsen *et al.* (2002), por ejemplo, asignaron de forma aleatoria un número amplio de empleados a una de tres condiciones de intervención: ejercicio físico, entrenamiento en manejo del estrés o un programa de salud integrado que incluía ejercicio físico e información sanitaria. Ninguna de las intervenciones influyó sobre el número de requejas sobre la salud, las bajas por enfermedad o el estrés laboral. Sin embargo, sí que parece que cada una de las intervenciones logró su objetivo. Los participantes de la intervención consistente en ejercicio físico mostraron mejoras de la salud general y buena forma física, mientras que el grupo sobre manejo del estrés mostró reducciones de su nivel general de estrés. A pesar de este grado de éxito, Oldenburg y Harris (1996) han sugerido que hay una serie de factores que limitan los beneficios de los programas de manejo del estrés en el lugar de trabajo. Su principal cuestionamiento hacía referencia al número y el tipo de personas que asisten a este tipo de programas. Estos autores señalaban que este tipo de programa suele atraer únicamente a entre el 10 y el 40 por ciento de la plantilla, e incluso menos si al programa no se le concede una «gran relevancia» en el lugar de trabajo. Además, la mayoría de los individuos que asiste parece tener relativamente pocos problemas relacionados con el estrés, mientras que muchos individuos que padecen ansiedad no asisten a los programas, tal vez porque consideran que sacan poco de este tipo de entrenamientos o no quieren airear sus problemas delante de sus compañeros de trabajo. El fracaso de la intervención de Eriksen para influir tanto sobre el estrés relacionado con el trabajo como sobre los niveles de bajas laborales también pone de relieve la necesidad de actuar sobre estas cuestiones de forma más directa, abordando las *causas* del estrés.

La identificación de las causas organizacionales del estrés es más compleja que proporcionar clases de manejo del estrés y tiene implicaciones

¹ De acuerdo con la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (VENCT) realizada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo español en el 2003, un 5,3 por ciento de los trabajadores en España presentaba síntomas compatibles con el estrés (tres síntomas o más de los siguientes: alteraciones del sueño, sensación continua de cansancio, cefalea, falta de concentración, falta de memoria e irritabilidad). Para más información, véase la página web del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (<http://www.mtas.es>).

potencialmente más significativas para la organización. Por ejemplo, en la Tabla 13.1 se indica una variedad de potenciales factores de estrés que pueden influir sobre el estrés de los trabajadores de un hospital, algunos de los cuales son comunes a muchas situaciones laborales y otros exclusivos de los entornos sanitarios.

Tabla 13.1 Algunas de las fuentes de estrés de los trabajadores de los hospitales

Aspectos profesionales	Aspectos relativos a los pacientes	Aspectos laborales
Sobre-promoción	Pacientes o familiares angustiados	Trabajo por turnos
Infra-promoción	Pacientes o familiares «difíciles»	Malas condiciones laborales
Interacciones con los compañeros	Pacientes que fallecen	Sobrecarga excesiva de trabajo
Interacciones con la dirección	Quejas contra el personal	El trabajo afecta a la vida familiar
Trabajo más allá del nivel de conocimientos		Falta de apoyo social
Falta de apoyo directivo		Equipos inadecuados

Fuente: Bennet et al. (1999).

El cambio de cualquiera de estos factores puede afectar al estrés de los trabajadores de un hospital, por lo que no es fácil determinar dónde y cómo hay que intervenir a nivel organizacional. Sin embargo, el proceso utilizado por uno de los autores (PB) para reducir el estrés en un grupo de hospitales proporciona un ejemplo de cómo esto se podría hacer. El proceso incluía:

- Identificación de las causas del estrés en el entorno laboral.
- Identificación de las soluciones para este estrés desde aquellos más implicados.
- Desarrollo del proceso de cambio para abordar los temas planteados.

Las primeras dos etapas de la intervención incluían la organización de una serie de grupos de atención con distintos empleados de toda la organización. Estos grupos estaban moderados por un psicólogo de la salud, que trabajaba con la dirección del hospital pero que no formaba parte del equipo directivo. Se organizaron muchos grupos de atención con trabajadores clave del hospital, incluyendo a personal de limpieza y celadores, enfermeras, directivos, trabajadores administrativos y otros trabajadores sanitarios, como terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas. En cada una de estas reuniones, que incluían a unas seis personas, se invitaba a los asistentes a identificar los factores de sus entornos laborales que afectaban negativamente a su «calidad de vida» en el trabajo. Si se identificaban problemas (lo que ocurría siempre), también se les pedía que identificaran cualquier solución a estos problemas. Estas reuniones estaban programadas para tener una hora de duración, pero a menudo se prolongaban durante más tiempo, y resultaban extremadamente productivas.

Cada uno de los temas y de las soluciones planteadas en los grupos fueron ordenados a continuación en un conjunto de problemas (y, tal vez, soluciones) comunes en un documento que constituyó el punto de partida de la siguiente fase de la intervención. Los problemas planteados incluían grandes problemas sistemáticos, como:

- una mala red informática;
- un pobre horario del servicio de autobuses (no cuadraba con los turnos de trabajo);
- escasas plazas de aparcamiento, lo que dificultaba el transporte al trabajo;
- servicio de guardería inadecuado;
- la organización de varios departamentos del hospital en unidades competidoras en vez de cooperadoras;
- una cultura laboral de la dirección que castigaba a los trabajadores que no hacían horas extra significativamente.

Resulta interesante que las soluciones que habían utilizado algunos trabajadores para manejar su estrés afectaban a otros trabajadores al aumentar su insatisfacción y su estrés. Un ejemplo era que el equipo directivo de un hospital había trasladado sus oficinas de los pabellones hospitalarios para evitar lo que consideraban un excesivo contacto cotidiano con el personal de los pabellones y para permitirles concentrarse en una planificación a más largo plazo. Por ello, el grupo directivo se sentía menos estresado y más capacitado para hacer su trabajo de manera eficaz. Por el contrario, y sin que lo supiera el equipo directivo, las enfermeras de planta se sentían airadas y desilusionadas ya que consideraban que era un ejemplo de los obstáculos que la directiva ponía a un contacto que consideraban esencial para el funcionamiento eficaz del pabellón.

Una vez documentados los problemas y las soluciones, fueron llevados a un pequeño comité de altos directivos que dieron una respuesta a las necesidades. Lo hicieron agrupando los temas planteados en tres grandes categorías:

1. aquellos con probabilidad de tener un efecto mínimo, pero relativamente fácil de promover;
2. aquellos con probabilidad de tener un efecto significativo, pero más difícil de promover;
3. aquellos con probabilidad de tener un efecto significativo, pero imposible de llevar a cabo.

Claramente, las intervenciones se centraron en las dos primeras categorías. Los cambios realizados incluían un incremento del servicio de guardería y ampliación de su horario de apertura para que fuera más útil para los trabajadores que trabajaban por turnos, un cambio del horario de autobuses para hacerlos más adecuados a las necesidades, y la puesta en marcha del nuevo sistema informático para el hospital a lo largo de una serie de años. Sin embargo, no todas las intervenciones tienen que tener necesariamente un alcance tan grande. Un ejemplo es el de una directora de enfermería que observó que sus enfermeras solían llegar tarde o justo a la hora en el

turno de mañana. Cuando preguntó por qué, descubrió que se trataba fundamentalmente de mujeres solteras o separadas que tenían que dejar a sus hijos con alguien antes de ir a trabajar. Puesto que las personas que cuidaban a sus hijos sólo los querían a una hora próxima al inicio del turno, las enfermeras se encontraban muy presionadas. Si no había mucho tráfico llegaban a tiempo; si había mucho tráfico, llegaban tarde. La sencilla solución al problema consistió en iniciar el turno 15 minutos más tarde.

■ ¿Funcionan las intervenciones en el ámbito de la organización?

Existe un número relativamente reducido de estudios empíricos sobre la eficacia de este tipo de intervenciones. Sin embargo, aquellos trabajos que se han publicado sugieren que pueden resultar beneficiosas. Por ejemplo, Maes, Kittel, Scholten *et al.* (1990) cambiaron la naturaleza del entorno laboral volviendo a diseñar los puestos de trabajo para evitar tareas breves y repetitivas, proporcionando a los trabajadores cierto control sobre la organización de su trabajo y mejorando el contacto social. También dieron formación a los directivos en habilidades de comunicación y de liderazgo y los animaron a desarrollar estrategias para reducir el estrés en su área de trabajo. Esta intervención dio lugar a una mayor calidad del trabajo y a menores tasas de absentismo laboral en comparación con los lugares de control, en los que no se produjo ninguna intervención.

Una segunda intervención que utiliza esta aproximación fue llevada a cabo por Mikkelsen y Saksvik (1999). Estos autores intervinieron en dos oficinas del servicio de correos noruego. El propósito de su intervención era aumentar las oportunidades de aprendizaje de los empleados y su capacidad para tomar decisiones a fin de mejorar el entorno laboral y la salud. Para decidir los cambios que iban a realizar, organizaron grupos de debate con los trabajadores, que «diagnosticaron» sus problemas actuales, y después calificaron y pusieron en marcha los cambios del entorno laboral para remediar los problemas. Los autores informaron de que las condiciones laborales de la organización más grande se deterioraron, de hecho, a lo largo del estudio, un proceso que se revirtió en una de las oficinas que recibió la intervención, pero no en ambas. Atribuyeron el fracaso de esta última a la reestructuración organizacional y a las agitaciones que interfirieron con los beneficios potenciales de la intervención. Una tercera intervención, mucho más sencilla, fue presentada por Dababneh, Swanson y Schell (2001). Evaluaron el efecto de pequeños descansos sobre la productividad y el bienestar en una fábrica de procesamiento de carnes. En una condición se dio a los trabajadores 36 minutos de descanso adicionales sumados a sus descansos actuales: por un lado, añadiendo cuatro descansos de nueve minutos distribuidos de forma uniforme a lo largo del día; y por el otro, añadiendo 12 descansos de tres minutos. Ninguno de los descansos adicionales redujo la producción, pero ambos dieron lugar a reducciones significativas del malestar psicológico. Los trabajadores prefirieron el intervalo de nueve minutos de descanso.



En el punto de mira

Los escolares aprenden a controlar la ira

El *Sunday Times* (11 de enero de 2004) informaba sobre la utilización de una variante del manejo del estrés conocida como manejo de la ira en el colegio. El artículo daba un interesante giro del cinismo al convencimiento. Empezaba afirmando:

Nos hemos acostumbrado tanto a reírnos de la psicología barata, o al menos eso espero, que se puede confiar normalmente en que la expresión «entrenamiento en manejo de la ira» provoque risitas. La noticia del martes de que un colegio del norte de Londres está ofreciendo clases de manejo de la ira a niños de seis años debió provocar auténticas carcajadas en cualquiera que la leyera.

Lo que pasaba a describir a continuación era, en efecto, poco habitual, narrando un programa de gestión de conflictos y resolución de la ira desarrollado en la escuela primaria St. Ann's Church of England en Tottenham, Londres. En este programa, patrullas de niños, algunos con tan sólo seis años, con insignias y gorras rojas con el distintivo de «Mentor», estaban aprendiendo a detener el acoso entre compañeros. Tenían sesiones semanales de *role-playing* en los que practicaban el entrenamiento en manejo de la ira y resolución de conflictos. A los niños se les enseñaban formas de ayudar a otros niños a alejarse de las discusiones y las peleas y a controlar su ira con técnicas de respiración (*véase* más adelante). El objetivo era que, cuando alguien se enfadara o mostrara agresividad en el patio del recreo, los mentores pudieran ayudarle a «parar, pensar, escuchar y manejar su ira».

El artículo pasaba a continuación a afirmar:

Esto sonaba perfectamente absurdo al principio. El *role-playing* es, todavía, otra de esas expresiones locas que le hace pensar a uno inmediatamente en Ricky Gervais y *The Office* (una comedia británica sobre un absurdo directivo de oficina y sus patéticos intentos de controlar a sus empleados al tiempo que intenta congraciarse con ellos). Pero, poco a poco, empecé a pensar que tal vez este programa no fuera una idea tan tonta.

Porque parecía funcionar. Los alumnos de este colegio estaban obteniendo mejores resultados que otros de otros colegios semejantes. La conducta en el colegio había mejorado, y el rendimiento académico del colegio estaba por encima de la media nacional, a pesar de estar situado en una zona violenta y deprivada, donde los niños solían carecer de buenos modelos en sus casas.

Es posible que, al fin y al cabo, los métodos psicológicos tengan algunos beneficios.

El trabajo con las personas

Teoría del estrés: una rápida revisión

En esta sección analizamos algunos de los componentes de una serie de intervenciones a las que se suele conocer de manera colectiva como **entrenamiento en manejo del estrés**. Parten de las teorías cognitivas-conductua-

Entrenamiento en manejo del estrés

Un término genérico para las intervenciones diseñadas para entrenar a los participantes en cómo afrontar su estrés.

Esquemas cognitivos

Conjunto de creencias inconscientes, sobre el mundo y sobre nosotros mismos, que dan forma a las respuestas cognitivas más conscientes que damos ante los sucesos que nos afectan.

les sobre el estrés, que consideran que el estrés es el resultado de una serie de procesos cognitivos y ambientales (véase el Capítulo 11). Se puede considerar que el estrés es un estado emocional y psicológico negativo que deriva de nuestras respuestas cognitivas a los sucesos que se producen a nuestro alrededor. Es decir, se puede considerar que el estrés es un proceso más que un resultado. Nos sentimos «estresados», pero también tenemos pensamientos que contribuyen a este sentimiento, y respuestas fisiológicas y conductuales asociadas, que forman parte todas ellas de la «respuesta de estrés». En el Capítulo 11 analizábamos las teorías transaccionales y de valoración del estrés. Los enfoques sobre manejo del estrés están basados, en parte, en estas teorías y, en parte, en teorías más clínicas, siendo las dos más prominentes las de Aaron Beck (1976) y Albert Ellis (1977). Ambas suponen que nuestra respuesta cognitiva a los sucesos (y no los propios sucesos) determinan nuestro estado de ánimo, y que los sentimientos de malestar u otros estados emocionales negativos son una consecuencia de un pensamiento «distorsionado» o «irracional» (véase la Figura 13.1). Es decir, consideran que el estrés es el resultado de una *mala interpretación* de los sucesos del entorno o de cogniciones que exageran los elementos negativos de los eventos y pierden de vista cualquier aspecto positivo de la situación.

Beck se refería a los pensamientos que provocan emociones negativas como asunciones automáticas negativas. Vienen a la mente de forma automática, como la primera respuesta del individuo a una situación concreta, se encuentran fuera de la lógica y no se basan en la realidad. A pesar de ello, su propio automatismo implica que no se cuestionen y se acepten como ciertos. Beck identificaba dos niveles de cognición. Las cogniciones superficiales son aquellas de las que somos conscientes. Podemos acceder a ellos y mencionarlos con relativa facilidad. A ellos subyace un conjunto de creencias inconscientes sobre nosotros mismos y nuestro mundo, conocidas como **esquemas cognitivos**, que influyen sobre nuestras cogniciones superficiales que, a su vez, afectan a nuestras emociones, conductas y grado de activación fisiológica. Los pensamientos que provocan estrés, por ejemplo, dan lugar a un incremento de la activación del sistema nervioso simpático (véase el Capítulo 8), un comportamiento que puede ser más o menos útil para resolver el problema que está teniendo un individuo, y a sentimien-

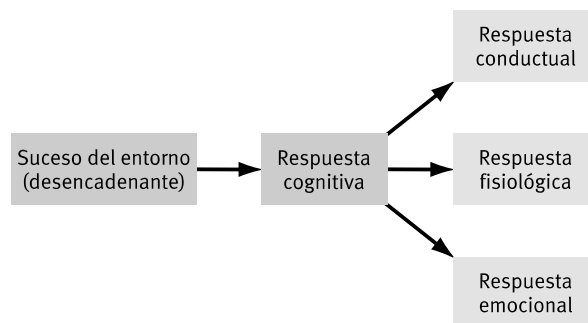


Figura 13.1 Una representación simplificada del proceso evento-estrés propuesta por Beck y otros terapeutas cognitivos.

tos de malestar, presión o ansiedad. Beck identificó una serie de categorías de pensamientos que provocaban emociones negativas, incluyendo:

- *Pensamiento catastrófico*: considerar que un suceso es totalmente negativo y potencialmente desastroso: «Ya está: he tenido un ataque al corazón. Seguro que voy a perder mi trabajo y que no podré ganar lo suficiente para pagar la hipoteca».
- *Sobregeneralización*: llegar a una conclusión general (negativa) a partir de un único incidente: «Ya está: el dolor no me ha dejado ir al cine; otra cosa más que no puedo hacer».
- *Inferencia arbitraria*: alcanzar una conclusión sin evidencia suficiente que la respalde: «Mi dolor debe indicar que tengo un tumor. Lo sé».
- *Abstracción selectiva*: centrarse en un detalle sacado de contexto: «Sí, ya sé, sé que antes salía, pero me duelen las articulaciones todo el tiempo, y sé que ya no voy a poder salir más».

Un buen ejemplo de cómo los esquemas a largo plazo generan formas muy estresantes de responder a los sucesos externos se encuentra en el modelo cognitivo de la conducta tipo A de Price (1988). De su trabajo clínico con varones tipo A concluyó que los esquemas que subyacen al comportamiento tipo A eran una baja autoestima y la creencia de que se puede lograr la estima de los demás solamente si se demuestra continuamente que se es un «triunfador» y un individuo capaz. Estas creencias subyacentes fundamentaban otros pensamientos más conscientes de tipo competitivo, de urgencia temporal, u hostiles.

Las cogniciones superficiales relacionadas con la conducta tipo A incluyen:

- *Pensamientos de urgencia temporal*: «Vamos, que no tengo todo el día. ¡Que voy a llegar tarde! ¿Por qué tarda tanto? ¿Soy la única persona que hace algo aquí?»
- *Pensamientos hostiles*: «¡Me ha cortado el pelo! Ya me encargaré yo de él. ¿Por qué es todo el mundo tan incompetente? Realmente son de lo más tonto que hay».

Los esquemas más profundos (inconscientes) incluyen:

- «No puedo decirle que no o pareceré un incompetente y perderé su respeto».
- «Tengo que llegar a tiempo a la reunión, cueste lo que cueste, o creerán que soy un incompetente y perderé su respeto».
- «La gente sólo le respeta a uno por lo que uno hace por ellos, y no por lo que uno es».

Entrenamiento en manejo del estrés

El modelo de la respuesta de estrés descrito anteriormente sugiere una serie de factores que se pueden cambiar para reducir el estrés que padece un individuo. Estos factores incluyen:



El modelo cognitivo-conductual del estrés supone que el estrés se encuentra en el individuo. El estrés surge de una mala interpretación de los sucesos que nos acontecen. Pero ¿es realmente así? Se podría afirmar que, aunque cierto tipo de estrés puede deberse a un pensamiento distorsionado, el estrés también puede ser desencadenado por circunstancias realmente estresantes. La mayoría de la gente consideraría que el someterse a una operación quirúrgica, por ejemplo, es un suceso estresante. Los teóricos como Hobfoll han afirmado que hay muchos más factores generales, como ser madre soltera o tener un trabajo exigente, que son sucesos universalmente estresantes. Los argumentos de que la situación socioeconómica afecta a la salud a través de procesos psicológicos analizados en el Capítulo 2, también sugieren de manera implícita que existen grandes diferencias en el grado de estrés experimentado en los distintos grupos sociales.

Si estas afirmaciones son ciertas, entonces, al menos en algunos casos, el estrés se debe realmente a las circunstancias del entorno y no a la interpretación que hace el individuo de determinada situación. Estos argumentos deben llevarnos a cuestionar la relevancia que tienen en estos contextos las técnicas de manejo del estrés basadas en los modelos cognitivo-conductuales que se han descrito anteriormente.

El argumento que utilizarían los terapeutas cognitivo-conductuales contra esta crítica es que, incluso reconociendo que hay factores del entorno que influyen sobre el estrés, algunos individuos los afrontan mejor que otros. Existe una variabilidad individual de nuestra capacidad para afrontar experiencias parecidas. El papel del manejo del estrés no niega la influencia del entorno, sino que ayuda a los individuos a afrontar las circunstancias estresantes de la forma más eficaz que puedan y con el menor malestar emocional posible. Parece un argumento razonable, pero deja abierta una serie de preguntas para los psicólogos de la salud. Un tema particularmente pertinente es cuánto esfuerzo tenemos que dedicar a cambiar las fuentes de estrés y cuánto a cambiar las respuestas de los individuos a entornos potencialmente estresantes. ¿Debemos poner el énfasis en reducir las desigualdades sociales cambiando el entorno, o en ayudar a los individuos a afrontar mejor las exigencias de su entorno aquí y ahora? ¿Deberíamos ayudar a algunos individuos a afrontar mejor una operación quirúrgica, o deberíamos intentar que los procesos anteriores y posteriores a la intervención sean menos estresantes para todos? A menudo, resulta más fácil y barato enseñar a los individuos a afrontar mejor las situaciones estresantes que cambiar las causas del estrés. Pero ¿se trata del mejor planteamiento?

- sucesos del entorno que desencadenan la respuesta de estrés, o una serie de desencadenantes de un estrés a más largo plazo;
- respuestas conductuales, fisiológicas o cognitivas inadecuadas que se pueden producir como respuesta a este suceso.

La mayoría de los programas de manejo del estrés se centran en cambiar las reacciones de los individuos a los sucesos que se producen en su entorno

o que les acontecen. Muchos enseñan sencillamente técnicas de relajación para minimizar los elevados niveles de activación relacionados con el estrés (véase el Capítulo 8). Las intervenciones más complejas intentan cambiar las reacciones cognitivas (y, por tanto, emocionales) de los participantes ante estos sucesos. Pocos abordan los factores que desencadenan inicialmente la respuesta de estrés. Este hecho puede considerarse como una grave limitación: la forma más eficaz de reducir el estrés consiste en evitar que se produzca inicialmente. Por tanto, incorporamos a nuestra revisión del entrenamiento para el manejo del estrés un proceso tanto de identificación como de cambio de los desencadenantes del estrés, así como estrategias para afrontar los pensamientos, sentimientos, emociones y comportamientos estresantes una vez iniciados:

Reestructuración cognitiva
Reconsideración de los pensamientos automáticos negativos o catastróficos para hacerlos más acordes con la realidad.

- Se pueden identificar y modificar los desencadenantes utilizando estrategias de resolución de problemas.
- Se pueden identificar y cambiar las distorsiones cognitivas mediante una serie de técnicas cognitivas, como la **reestructuración cognitiva** (véase más adelante).
- Se pueden reducir los niveles elevados de tensión muscular y otros indicios de una activación elevada mediante técnicas de relajación.
- Se puede cambiar la respuesta de estrés mediante la consideración y el ensayo de respuestas conductuales alternativas.

■ Cambio de los desencadenantes

Se trata de una parte del entrenamiento e manejo del estrés que se suele descuidar, tal vez porque no existe una intervención estándar que se pueda aplicar. Los desencadenantes del estrés de cada individuo son, necesariamente, distintos, al igual que cualquier estrategia que se desarrolle para reducir la frecuencia de dichos desencadenantes. El cambio de los mismos requiere identificar primero las situaciones que aumentan el estrés de un individuo y, después, o bien cambiar su naturaleza, o bien reducir la frecuencia con que se producen. Una sencilla estrategia para reducir el nivel de estrés o ira de un individuo cuando conduce al lugar de trabajo, por ejemplo, podría consistir en salir antes de forma que sienta menos presión durante el recorrido.

Uno de los enfoques que se utilizan con más frecuencia para identificar y cambiar los desencadenantes del estrés fue el desarrollado por Gerard Egan (1998). Su modelo de consultoría centrado en el problema incluye tres fases a través de las cuales se puede lograr la identificación y el cambio de cualquier desencadenante del estrés:

1. *Exploración y clarificación del problema:* ¿cuáles son los desencadenantes del estrés?
2. *Establecimiento de objetivos:* ¿cuáles son los desencadenantes que quiere cambiar el individuo?
3. *Facilitación de la acción:* ¿cómo se plantea el individuo el cambio de los desencadenantes del estrés?

Aunque esta secuencia puede parecer en cierto modo lógica y evidente, cuando se utilizó este enfoque por primera vez a principios de la década de 1960 representaba, de hecho, un cambio significativo desde un asesoramiento relativamente poco centrado que se practicaba anteriormente (y, de hecho, se sigue practicando) por parte de muchos terapeutas que se basaban en el modelo de psicoterapia centrada en el cliente de Roger (1961). Este enfoque también puede formar parte de los programas de autocontrol analizados en el Capítulo 17.

Análisis y clarificación del problema

El objetivo de la primera etapa de intervención consiste en ayudar al individuo a identificar los problemas que tiene y que pueden estar contribuyendo a su estrés. Puede que algunos sean evidentes de inmediato; otros requieren un análisis más detallado sobre lo que está ocurriendo en la vida de ese individuo. El objetivo de esta etapa es aclarar *exactamente* cuáles son los problemas que afronta el individuo, y con cierto detalle: sólo entonces se pueden aplicar las estrategias de resolución de problemas adecuadas. A continuación se muestran algunas de las estrategias o habilidades terapéuticas que resultan particularmente pertinentes en esta etapa del asesoramiento:

- preguntas directas e instigaciones;
- silencios y mínimas instigaciones;
- retroalimentación empática.

La forma más evidente de obtener información consiste en plantear preguntas directas. Deben ser preguntas abiertas para evitar las respuestas de una sola palabra. Es probable que las preguntas del tipo: «¿Qué facetas de su trabajo contribuyen a su estrés?» proporcionen mucha más información que la pregunta: «¿Le provoca estrés su trabajo?» Un segundo enfoque, parecido al de las preguntas directas, consiste en instigar. Aquí, las solicitudes de información adoptan la forma de instigadores e incitaciones para obtener información: «Hábleme de...», «Describe...».

Es importante alternar las preguntas directas con otras técnicas para animar al individuo a analizar los aspectos relevantes. Uno de estos métodos incluye la utilización de silencios o de instigadores mínimos («Aja»). Por su propia naturaleza, el análisis de los problemas lleva a los individuos a analizar cuestiones que no habían abordado previamente. No se puede precipitar el proceso, y el hecho de llenar los silencios con nuevas preguntas puede interrumpir sus pensamientos e impedir un análisis adecuado de los problemas. Otro método para animar a analizar los problemas consiste en utilizar lo que Egan denominó *retroalimentación empática*. Puede resultar muy eficaz mostrar a los individuos que se comprende su situación o sus sentimientos con una sencilla frase: «Así pues, lo que me está diciendo es que se siente muy solo cuando su cónyuge se niega a hablar de...». Esta retroalimentación también muestra que el terapeuta comprende la situación.

Establecimiento de objetivos

Una vez identificados los problemas concretos, es posible que algunas personas consideren que son capaces de afrontarlos y no necesitarán más ayuda para realizar los cambios pertinentes. Sin embargo, otras pueden necesitar más ayuda para determinar qué es lo que quieren cambiar y cómo lo van a cambiar. La primera etapa de este proceso consiste en ayudar al individuo a decidir las metas que quiere alcanzar, y a formular estas metas en términos concretos más que generales (por ejemplo, «voy a intentar relajarme más» frente a «voy a reservarme 20 minutos al día para practicar el yoga»). Si el objetivo final parece demasiado difícil de alcanzar de un solo paso, hay que animar a identificar objetivos intermedios que lleven al objetivo final. Analice las siguientes posibilidades para reducir distintos «estreses vitales»:

- Hacer menos labores domésticas: ¡qué mi compañero haga más!
- Salir de casa para ir al trabajo 10 minutos antes para que no tenga que ir con prisas.
- Aprender a relajarme yendo a clase de yoga una vez por semana.
- Formar un grupo para hacer ejercicio físico.
- Decir que «no» cuando en el trabajo me piden algo que parece imposible.
- Hablar más con los amigos.
- Esforzarme en la relación con mi pareja; tener menos peleas.

Algunos objetivos pueden resultar evidentes tras la fase de análisis del problema. Sin embargo, si no fuera así, Egan identificó una serie de estrategias diseñadas para ayudar al paciente a identificar y definir objetivos. Una de las más importantes consiste en retar al individuo para que explore nuevas perspectivas: para que reflexione sobre nuevas formas de hacer las cosas. Resulta particularmente útil cuando parece que el paciente está bloqueado en su antigua manera de pensar o tiene la sensación de que se puede hacer muy poco. Es probable que los retos o consejos directos, por muy bien planteados que estén («Bueno, ¿por qué no se toma algo de tiempo todos los días para relajarse?»), provoquen resistencia al cambio o sentimientos de derrota. Por ello, el reto en este contexto consiste en invitar al individuo a explorar nuevas soluciones, utilizando frases como:

- «Tal vez fuera útil buscar otras formas de ver las soluciones a este problema».
- «Me pregunto si no habría otras cosas que podría hacer para resolver este problema».

Facilitación de la acción

Una vez establecidos los objetivos en la segunda fase de este enfoque centrado en el problema, puede que algunos individuos consideren que ya no necesitarán más ayuda para alcanzarlos: otros, que en esta etapa ya tienen una buena idea de *qué* es lo que quieren conseguir, pueden seguir mostrándose inseguros sobre *cómo* conseguirlo: ¿cómo tienen que negociar el

hacer menos tareas domésticas y dejar que su compañero haga más? Por ello, la etapa final de este elemento del manejo del estrés consiste en planificar formas de alcanzar los objetivos identificados.

Posiblemente el estrés tenga múltiples fuentes, y puede resultar más fácil modificar algunas áreas de estrés que otras. Puede resultar útil trabajar para alcanzar las metas relativamente fáciles al inicio de cualquier intento de cambio antes de trabajar para alcanzar los objetivos más serios o difíciles de cambiar, a medida que el individuo va adquiriendo habilidades o confianza en su capacidad de cambiar. Se pueden alcanzar algunos objetivos utilizando los recursos personales que ya tiene el individuo: una vez que ha planificado cómo los va a alcanzar, tiene confianza en su capacidad de poner en marcha el plan. Es posible que otros planes requieran que el individuo aprenda nuevas habilidades para gestionar su estrés más eficazmente. Por ejemplo, se podría beneficiar de aprender a relajarse o a reducir la frecuencia o el tipo de cualquier pensamiento que provoque estrés y que contribuye a su estrés. A continuación pasaremos a analizar estas habilidades aprendidas.

Entrenamiento en relajación

El objetivo de enseñar habilidades de relajación consiste en permitir que el individuo se relaje todo lo posible y de forma adecuada, tanto a lo largo del día como en momentos de estrés particular. Esto contrasta con procedimientos como la meditación, que proporcionan un periodo de profunda relajación y de «tiempo muerto» que bastan por sí mismos. Además de las ventajas físicas, la utilización efectiva de las técnicas de relajación lleva a aumentar el control real y percibido sobre la respuesta de estrés. Esto puede ser, en sí mismo, un resultado valioso, ya que las percepciones de pérdida de control pueden, por sí mismas, contribuir al sentimiento de estrés. La relajación también puede incrementar el acceso a procesos de pensamiento calmados y constructivos, aunque este efecto es relativamente débil, reflejando la reciprocidad entre cada uno de los distintos elementos de estrés. La mejor manera de aprender habilidades de relajación consiste en pasar por tres fases:

1. Aprender las técnicas de relajación básicas.
2. Hacer un seguimiento de la tensión en la vida cotidiana.
3. Utilizar la relajación en momentos de estrés.

■ **Aprendizaje de habilidades de relajación**

La primera etapa del aprendizaje de las habilidades de relajación consiste en practicarlas en condiciones óptimas, como en una silla cómoda en una habitación silenciosa, donde no haya distracciones y resulte relativamente fácil relajarse. Inicialmente, es necesario que un profesional entrenado enseñe el proceso de relajación profunda. A esto se puede sumar la práctica continuada en el domicilio particular, utilizando, normalmente, instruccio-

nes en una cinta de audio. La práctica continuada durante una serie de días (a veces semanas) es importante en esta etapa, ya que es necesario haber practicado mucho las habilidades y que sean relativamente automáticas antes de poder utilizarlas efectivamente en los contextos de la «vida real».

El proceso de relajación que se enseña más frecuentemente se basa en la técnica de relajación muscular profunda de Jacobson (1938). Ésta consiste en tensar y relajar alternativamente grupos de músculos de todo el cuerpo en una secuencia ordenada. Con el tiempo, el énfasis de la práctica pasa a la relajación sin una tensión previa, o a la relajación de grupos concretos de músculos al tiempo que se utilizan otros, para mimetizar el uso de la relajación en el «mundo real». El orden en que se relajan los músculos varía, pero un ejercicio típico puede incluir las siguientes etapas (el procedimiento de tensión se describe entre paréntesis):

- manos y antebrazos (cerrando el puño);
- brazo (tocándose el hombro con los dedos);
- hombros y parte inferior del cuello (encogiendo los hombros);
- nuca (tocándose el pecho con la barbilla);
- labios (apretándolos);
- frente (frunciendo el ceño);
- abdomen/pecho (manteniendo una respiración profunda);
- abdomen (tensando los músculos del abdomen);
- piernas y pies (empujando el talón hacia fuera, estirando los dedos de los pies hacia la cabeza, sin levantar la pierna).

■ Seguimiento de la tensión física

Al mismo tiempo que se practican las habilidades de relajación, los individuos pueden empezar a hacer un seguimiento de sus niveles de tensión física a lo largo del día. Inicialmente, esto sirve como proceso de aprendizaje, ayudándolos a identificar los tensos que están en determinados momentos del día y qué es lo que desencadena una tensión excesiva. Este proceso también puede ayudar a identificar posibles desencadenantes futuros del estrés y proporcionar claves sobre cuándo puede resultar particularmente útil recurrir a los procedimientos de relajación. Con frecuencia, esto incluye la utilización de un «registro de tensión diaria» en el que el individuo registra su nivel de tensión sobre alguna forma de escala numérica (0 = nada de tensión, 100 = la mayor tensión posible) a intervalos regulares a lo largo del día, o en momentos de particular estrés. Como preludeo de las intervenciones cognitivas o conductuales, estos registros también pueden centrarse en los pensamientos, emociones o comportamientos experimentados en esos momentos. La Figura 13.2 proporciona un extracto de un registro diario típico del estrés. A medida que el individuo empieza a utilizar estrategias adicionales para combatir su estrés, puede añadir columnas que miden su nivel de tensión tras hacer la relajación, los pensamientos que ha utilizado para afrontar sus pensamientos estresantes, etcétera.

Hora	Situación	Tensión	Comportamiento	Pensamiento
8:32	Camino del trabajo: ¡llego tarde!	62	Tenso: aferrado al volante Conduzco de forma agresiva Maldigo los semáforos	¡Llego tarde otra vez!... Seguro que mi jefe se entera... ¡Vamos, vamos, que no tengo todo el día! ¿Por qué siempre tarda tanto este maldito semáforo?
10:00	Presentación del trabajo a los compañeros	75	Hablo demasiado deprisa Me precipito	No estoy quedando demasiado bien... ¿Por qué no consigo nunca hacer esto bien? ¿Deben creer que soy tonto! ¡Me siento fatal!

Figura 13.2 Extractos de un registro diario en el que se anotan los factores desencadenantes del estrés, los niveles de tensión y los pensamientos y comportamientos relacionados.

■ Relajación *en vivo*

Tras un periodo de aprendizaje de las técnicas de relajación y de autorregistro de la tensión, los individuos pueden empezar a integrar la relajación en su vida cotidiana. En esta etapa, la relajación incluye reducir la tensión a niveles adecuados al tiempo que se llevan a cabo las actividades de la vida cotidiana. Inicialmente, puede consistir en intentar mantenerse todo lo relajado que sea posible y adecuado en momentos de un estrés relativamente reducido y, después, a medida que el individuo se siente más capacitado, utilizar la relajación en momentos de creciente estrés. El objetivo de la relajación en estos momentos no es escapar de la causa del estrés, sino mantenerse todo lo relajado que sea posible al tiempo que se afronta el factor estresante concreto. Una estrategia alternativa consiste en relajarse en intervalos regulares (como los descansos para el café) a lo largo del día.



Intervenciones cognitivas

Hay dos estrategias que se utilizan frecuentemente para cambiar las cogniciones. La más sencilla, conocida como entrenamiento en autoinstruccio-

Diálogo interior

Hablarse a uno mismo (internamente). Puede ser negativo y, por tanto, aumentar el estrés. Terapéuticamente, se enseña a los individuos a utilizar el diálogo interior de forma que los ayude a mantener la calma.

nes, fue desarrollada por Meichenbaum (1985) y está dirigida a las cogniciones superficiales. Consiste en interrumpir el flujo de pensamientos ansiógenos (provocadores de estrés) y sustituirlos con pensamientos ensayados previamente de «afrentamiento» o de reducción del estrés: el denominado **diálogo interno** positivo. Estos pensamientos suelen pertenecer a una de dos categorías posibles. Los primeros son recordatorios para utilizar cualquier técnica de afrontamiento del estrés que haya aprendido la persona («Te estás calentando tú sólo: vamos, hombre, tómatelo con calma, acuérdate de relajarte, respira hondo, relaja los músculos»). La segunda forma de autoinstrucción actúa como una forma de tranquilizarse a uno mismo, recordando al individuo que en ocasiones anteriores ha afrontado efectivamente sus sentimientos de angustia («Venga, hombre, que ya has pasado por esto antes, tienes que poderlo hacer otra vez: mantén la calma, nada se va a descontrolar») y podrá hacerlo ahora también. Para asegurarse de que son relevantes para el individuo, y para ayudar a evocar realmente estos pensamientos en momentos de estrés, Meichenbaum sugirió que es necesario ensayar pensamientos de afrontamiento concretos, siempre que sea posible, antes de que se produzcan los sucesos estresantes, ya sea en una sesión de terapia o minutos antes de que el anticipado factor estresante sea probable que se produzca. Como poco, estos pensamientos interrumpen el flujo de pensamientos estresantes; en el mejor de los casos, reducen activamente el nivel de estrés que padece el individuo.

Una intervención más compleja, la reestructuración cognitiva, consiste en identificar y poner en duda la exactitud de los pensamientos que generan estrés (ibíd.). Pide al individuo que los considere como hipótesis, y no como hechos, y que evalúe su validez sin sesgos. Este proceso puede incluir la consideración tanto de las cogniciones superficiales como de los esquemas cognitivos; aunque estos últimos requieren de una importante toma de conciencia, y se pueden alcanzar mejor en el contexto de una terapia. La mejor manera de poner en cuestión los pensamientos generadores de estrés puede enseñarse inicialmente en sesiones de terapia. En éstas, el terapeuta utiliza un proceso conocido como el método socrático o de «descubrimiento guiado» (Beck, 1976) para ayudar a los pacientes a identificar los patrones distorsionados de pensamiento que están contribuyendo a sus problemas. A continuación el terapeuta anima al individuo a que considere y evalúe distintas fuentes de información que proporcionan evidencia de la realidad o irrealidad de las creencias que tiene. Se puede retar al paciente a que ponga en duda sus supuestos estresantes planteando preguntas clave como:

- ¿Qué evidencia hay que respalda o rechaza mi supuesto?
- ¿Hay alguna otra forma posible de pensar en esta situación?
- ¿Es posible que me esté equivocando en la forma en la que pienso?

Una vez que el individuo puede participar en este proceso en la sesión de terapia, se le anima a utilizar el proceso socrático en momentos en que se siente atrapado por los sentimientos de estrés, para poner en duda el fundamento de esos sentimientos. Una técnica que se ha desarrollado específicamente para ayudar a identificar y poner en duda las creencias centrales es la que se conoce como la técnica de la *flecha hacia abajo*. Cuando el

paciente expresa lo que parecen pensamientos o reacciones inadecuados ante los acontecimientos, se puede utilizar la técnica de la flecha hacia abajo para identificar las distorsiones en las creencias centrales que están contribuyendo a sus problemas. Las preguntas clave incluyen:

- ¿Qué es lo que le preocupa sobre...?
- ¿Qué repercusiones tendría...?
- ¿Cuáles serían las consecuencias de...?
- ¿Cuáles serían las consecuencias últimas de...?

Intervenciones conductuales

El objetivo del cambio conductual consiste en ayudar al individuo a responder a cualquier desencadenante de estrés de tal forma que maximice su eficacia a la hora de afrontar el factor desencadenante de estrés, y hacerlo de una forma que le provoque el mínimo estrés posible. Algunas conductas pueden ser relativamente sencillas. Las conductas que reducen el estrés de conducir pueden consistir en conducir respetando los límites de velocidad, echar el freno de mano al detenerse en el semáforo y tomarse un tiempo de relajación, y no conducir de forma agresiva. Otras pueden requerir cierta práctica: una persona que se enfurece en exceso, por ejemplo, puede ensayar respuestas asertivas en las sesiones de terapia a fin de prepararse para hacer lo mismo en la «vida real». Otras conductas pueden tener que meditar en el momento de padecer del estrés. Aquí, el objetivo del entrenamiento en el manejo del estrés puede consistir en enseñar al individuo a planificar su respuesta ante cualquier factor estresante potencial para que sea aquella que minimice su estrés personal. Una sencilla regla intuitiva que puede ser útil aquí consiste en animar al individuo a pararse y planificar qué es lo que va a hacer (aunque sólo sea durante un par de segundos) en vez de saltar a la acción sin pensar, puesto que esto suele provocar más estrés.

Entrenamiento en inoculación de estrés

Entrenamiento en inoculación del estrés

Un tipo de intervención de reducción del estrés en la que se entrena a los participantes a controlar el estrés ensayando antes de someterse a situaciones estresantes. Se enseña a los participantes a relajarse y a utilizar un diálogo interior tranquilizador. Este enfoque fue desarrollado por Donald Meichenbaum.

En su enfoque denominado **entrenamiento en inoculación de estrés**, Meichenbaum (1985) sugirió que se podían combinar las diversas ramas de la terapia cognitiva descrita anteriormente de forma que cuando el individuo se encontrara ante un factor estresante se pudiera concentrar en:

- comprobar que su conducta es adecuada a las circunstancias;
- mantener la relajación;
- tener un diálogo interno adecuado.

Además, sugirió que cuando se puede anticipar un factor estresante concreto, se debe aprovechar la oportunidad para ensayar estas acciones antes del propio suceso. Una vez en la situación, se deberían poner en marcha las estrategias planificadas. Finalmente, una vez que se ha producido la situación, se debe dar tiempo a revisar lo que ha ocurrido y aprender de los éxitos o fracasos, en lugar de considerar éstos como desastres que es mejor olvidar.

Hallazgos de la investigación

Hockmeyer, J. y Smyth, J. (2002). Evaluating the feasibility and efficacy of a self-administered manual-based stress management intervention for individuals with asthma: results from controlled study. *Behavioral Medicine*, 27: 161-172.

Antecedentes

Enseñar habilidades de manejo del estrés puede mejorar significativamente la salud y el bienestar de muchas personas con enfermedades crónicas (véase el Capítulo 17). Sin embargo, estas intervenciones son caras y, por ello, muchas de las intervenciones descritas en este capítulo se realizan con relativa poca frecuencia, incluso en los hospitales que son considerados como «centros de excelencia». Una forma de reducir el coste consiste en enseñar estas técnicas en pequeños grupos. Una alternativa consiste en proporcionar un manual pedagógico y dejar que los pacientes aprendan las técnicas con un contacto mínimo con los profesionales sanitarios. Hockmeyer y Smyth adoptaron este último enfoque para desarrollar una intervención para personas que padecen asma. El programa constaba de dos elementos. El primero consistía en enseñar a controlar el estrés utilizando técnicas de manejo del estrés. El segundo consistía en animar a los individuos a expresar cualquier emoción negativa que pudieran haber experimentado utilizando una sencilla técnica de «narración escrita» (véase el Capítulo 17). Esperaban:

- mejorar la función pulmonar; y
- reducir los niveles de estrés autoinformados.

Método

Participantes

La muestra estaba compuesta por 25 varones y 29 mujeres, con una edad media de 20,7 años, a los que se había diagnosticado asma desde hacía una media de casi once años.

Procedimiento

Se asignó a los participantes de forma aleatoria a, bien un grupo de intervención activa de cuatro semanas, bien a una intervención placebo. Se tomaron medidas de la línea base y cuatro semanas más tarde, incluyendo:

- *función pulmonar*: la cantidad de aire espirado y la velocidad de exhalación utilizando la espirometría;
- *escala de estrés percibido*: el grado en que los participantes perciben que los sucesos o circunstancias de su vida en los últimos 30 días han sido estresantes.

Intervención

Los participantes de la intervención activa recibieron un cuaderno de ejercicios. Constaba de tres elementos:

1. un ejercicio de respiración profunda grabado en una cinta de audio, el cual se se pedía a los participantes que practicaran con regularidad;
2. un tratamiento cognitivo-conductual;

3. un ejercicio de 20 minutos en el que los participantes escribían una redacción sobre un suceso vital estresante.

Los ejercicios de manejo del estrés incluían una breve lectura a la semana para ayudar a los participantes a ser conscientes de sus «pensamientos, sentimientos y emociones» en relación con sus experiencias estresantes. Cada una de las lecturas de las cuatro semanas tenía su correspondiente aplicación, y se animaba a los participantes a dedicar 20 minutos a trabajar en la misma. Las aplicaciones se centraban en apuntar los pensamientos y completar ejercicios de reestructuración cognitiva. Se pedía a los participantes que completaran un ejercicio de redacción de 20 minutos al principio de cada semana. Este ejercicio consistía en hacer una redacción sobre una experiencia que estaba provocando un estrés significativo, que incluía los sentimientos y pensamientos que provocaba, y después debatir cualquier creencia que se hubiera podido desarrollar a consecuencia de dicha experiencia. La intervención placebo constaba de los mismos elementos: una cinta de audio con material educativo sobre el asma, y una serie de juegos mentales que se afirmaba que estaban diseñados como «calentamiento» para prepararse para una serie de ejercicios de gestión del tiempo. Al principio de cada semana se pedía a los participantes que realizaran los ejercicios mentales antes de escribir sobre la gestión del tiempo.

Resultados

El 78 por ciento de los participantes del grupo de intervención activa informó de un cumplimiento absoluto, siendo el porcentaje correspondiente en la intervención placebo del 74 por ciento. Los individuos del primer grupo escucharon la cinta de relajación una media de 2,28 veces a la semana. Los del grupo placebo la escucharon una media de 2,16 veces por semana. Los principales resultados fueron:

- el grupo de intervención logró mayores mejoras en las medidas de la función pulmonar;
- los indicadores del estrés percibido no disminuyeron en ninguna de las dos condiciones.

Discusión

El estudio sugería que una combinación de ejercicios de respiración y de expresión emocional podría afectar a la función pulmonar, pero no quedó claro cuál de los elementos de la intervención generaba estos cambios. Puede que la intervención fuera «demasiado reducida» como para lograr cualquier diferencia en los niveles de estrés entre las dos condiciones de esta población. Sin embargo, puesto que no se seleccionó a los participantes de este estudio por sus elevados niveles de estrés, también es posible que la intervención hubiera resultado más eficaz en una población más «estresada». Por tanto, aunque este estudio constituye un interesante intento de ayudar a la gente a gestionar su estrés y su asma de forma más efectiva, los resultados no son concluyentes. Es importante dirigir las intervenciones a las poblaciones adecuadas. Los procedimientos de manejo del estrés no funcionarán, sencillamente, si se implantan entre individuos con reducidos niveles de estrés. En general, por tanto, se puede considerar que éste es un estudio interesante pero también que tal vez no se centró adecuadamente en la población pertinente.

Cómo ayudar a la gente a afrontar un trauma

Trastorno de estrés postraumático

Trastorno de estrés postraumático

Un trastorno que constituye una respuesta a haber experimentado un suceso traumático. Los elementos clave son recuerdos repetitivos indeseados del suceso, a menudo en forma de visiones retrospectivas, intentos de evitar esos recuerdos y un nivel de activación generalmente elevado.

La Asociación Americana de Psiquiatría (American Psychiatric Association, 2000), afirma que para que se diagnostique a una persona con **trastorno de estrés postraumático (TEP)** es necesario que haya experimentado o presenciado un acontecimiento que incluya una muerte o lesión grave, real o potencial, o una amenaza a la integridad física de la propia persona o de otros, y que su respuesta inmediata haya incluido un miedo intenso, sensación de indefensión u horror. A más largo plazo, el individuo tiene que haber experimentado tres conjuntos de síntomas con una duración de un mes o más:

1. *Recuerdos intrusivos*: se vuelve a experimentar el trauma a través de pensamientos intrusivos, visiones retrospectivas o pesadillas. Las visiones retrospectivas suelen parecer tan reales como el suceso mismo, pero pueden ser fragmentarias o parciales. Las emociones y las sensaciones relacionadas con el trauma pueden revivirse con una intensidad similar a la que se sintió en el momento. A menudo se describen las imágenes como si fueran una película del incidente. Inicialmente, la persona puede sentir que está realmente «en» la película: a medida que se va recuperando, su perspectiva puede cambiar a la de un observador externo que ve una película. Es decir, empiezan a sentirse, casi literalmente, más desprendidos del trauma.
2. *Evitación*: puede incluir mecanismos de defensa mental como ser incapaz de recordar partes del trauma, aletargamiento emocional o indiferencia hacia los demás, así como evitación física de aquello que recuerda el trauma.
3. *Activación*: sentimientos persistentes de una sobreactivación que puede hacerse patente por la irritabilidad, por sobresaltarse con facilidad o por estar excesivamente alerta, padecer insomnio o tener dificultades para concentrarse.

Los síntomas suelen empezar a producirse a los pocos días o semanas del suceso desencadenador, pero pueden resurgir una vez que han desaparecido los síntomas como resultado de un nuevo trauma o de eventos vitales tan diversos como aniversarios del trauma, pérdidas interpersonales y cambios en el estado de salud.

Muchos trabajadores sanitarios pueden estar con otras personas en momentos de amenaza de muerte o de muerte real. Por ejemplo, el personal de emergencias que trabaja en ambulancias actúan frecuentemente en accidentes en los que se han producido grandes traumas, muertes y un elevado nivel de angustia personal. Por ello, la prevalencia del trastorno de estrés postraumático en este grupo resulta alarmantemente elevada. Bennett, Williams, Page *et al.* (2004), por ejemplo, han encontrado que el 21 por ciento de su muestra de este personal estaba experimentando en cierto grado el trastorno de estrés postraumático. Muchos pacientes tam-

bién experimentan este desorden a consecuencia de los sucesos que los llevaron al hospital o que se produjeron en el hospital, aunque es difícil determinar la prevalencia exacta del trastorno de estrés postraumático entre estas personas, ya que algunos estudios utilizan criterios de «diagnóstico» mucho más estrictos que otros. Por ejemplo, entre los pacientes de cáncer hay dos estudios que utilizan criterios muy rigurosos para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático que han informado de una prevalencia del 3 por ciento entre las mujeres con cáncer de mama (Green, Rowland, Krupnick *et al.*, 1998) y del 5 por ciento de las personas sometidas a un trasplante de médula ósea para el tratamiento del cáncer (Widows, Jacobsen y Fields, 2000). Utilizando criterios menos rígidos, Meeske, Ruccione y Globe (2001) informaron de que el 20 por ciento de su muestra de adultos que habían sido tratados con éxito de cáncer hacía una media de 11 años antes, seguían cumpliendo todos los criterios del trastorno de estrés postraumático. Un pequeño porcentaje podía presentar síntomas residuales del trastorno 20 años después de su diagnóstico y tratamiento (Kornblith, Herndon, Weiss *et al.*, 2003). Aproximadamente el 10 por ciento de la gente que ha padecido un infarto de miocardio también ha experimentado este trastorno de estrés postraumático (Bennett, Owen, Koutsakis *et al.*, 2002). El estrés postraumático puede afectar a otros individuos además de a aquellos que padecen la condición. También se han encontrado elevadas tasas de este trastorno entre los padres de niños diagnosticados con cáncer. Landolt, Vollrath, Ribi *et al.* (2003), por ejemplo, han concluido que el 16 por ciento de los padres y el 24 por ciento de las madres de niños diagnosticados con, o bien cáncer, o bien diabetes, cumplía los criterios de diagnóstico del trastorno de estrés postraumático entre cinco y seis semanas después de haberse dado el diagnóstico.

■ Prevención del trastorno de estrés postraumático: *debriefing* psicológico

Debido al grave efecto, potencialmente a largo plazo, que el trastorno de estrés postraumático puede tener sobre el individuo, se ha realizado un número significativo de trabajos de investigación y trabajo clínico para intentar prevenirlo tras incidentes traumáticos. El enfoque que se suele utilizar más frecuentemente es el denominado de *debriefing* psicológico (*psychological debriefing*). Muchos hospitales y otros servicios, como los de las ambulancias y la policía, utilizan de forma habitual el *debriefing* psicológico para ayudar a sus empleados a afrontar un incidente traumático (Smith y Roberts, 2003). Suele consistir en una entrevista de una única sesión realizada al poco tiempo de un suceso traumático. Consiste en que el individuo hable sobre el suceso y sobre sus reacciones emocionales de forma detallada y sistemática. El terapeuta dirige al individuo haciéndole recordar el suceso de forma muy estructurada, preguntándole sobre lo que ha ocurrido y sobre sus respuestas emocionales, cognitivas y conductuales. Se espera que este procedimiento ayude a la persona a asumir cualquier trauma emocional que haya experimentado y a prevenir el desarrollo del trastorno de estrés postraumático.

Debriefing psicológico
(*psychological debriefing*)
Procedimiento en el que la gente que ha pasado por un determinado trauma habla sobre él de un modo estructurado con un terapeuta.

El procedimiento está, al menos en parte, justificado por teóricos como Brewin y Holmes (2003), que han sugerido que los síntomas del trastorno de estrés postraumático derivan de los recuerdos traumáticos que permanecen aislados del sistema general de memoria, con vivencias retrospectivas y otros recuerdos indeseados de los sucesos que se deben a los intentos cognitivos de integrar los recuerdos traumáticos aislados en la memoria general. Cuando estos recuerdos quedan plenamente integrados en el sistema de memoria, pierden su carga emocional y dejan de ser más prominentes que otros recuerdos más generales. Este proceso de integración se ve facilitado por la reflexión y la reelaboración de los recuerdos hasta que se logra la plena integración. La interrogación psicológica puede promover la integración de los recuerdos en la memoria general desde el principio, e impedir que queden aislados y que provoquen malestar emocional.

Por desgracia, la eficacia del *debriefing* psicológico a la hora de alcanzar sus objetivos es, en cierta medida, cuestionable. En un meta-análisis de ensayos que utilizaban esta técnica, Rose, Bisson y Wessley (2001) concluyeron que, no sólo puede no ser eficaz en la prevención del trastorno de estrés postraumático sino que, además, puede, de hecho, *aumentar* el riesgo de que se produzca el mismo. Ninguno de los estudios que se analizaron encontró que el *debriefing* redujera el riesgo del trastorno en los tres-cuatro meses posteriores a un incidente traumático. Más preocupantes fueron los resultados de dos estudios que informaban acerca de hallazgos a largo plazo. Ambos trabajos encontraron que aquellos que habían recibido el tratamiento de *debriefing* psicológico corrían casi el doble de riesgo de desarrollar el trastorno de estrés postraumático que aquellos que no recibieron la intervención. Es decir, el *debriefing* parecía inhibir la recuperación a largo plazo de un trauma psicológico. Se han propuesto una serie de explicaciones para estos hallazgos:

- Se puede producir un «trauma secundario» debido a la mayor exposición al incidente traumático en un breve periodo de tiempo tras el acontecimiento.
- El *debriefing* puede «medicalizar» el malestar normal y aumentar la expectativa de desarrollar síntomas psicológicos en aquellos que, en otro caso, no los hubieran desarrollado.
- El *debriefing* puede impedir que se produzcan las potenciales respuestas protectoras de negación y distanciamiento que es posible que se produzcan inmediatamente después de un incidente traumático.

Estos hallazgos parecen particularmente preocupantes dada la continua generalización de la utilización del *debriefing* psicológico. Es muy posible que inmediatamente después de un trauma el individuo se pueda beneficiar de cierto grado de evitación en pensar sobre el trauma, permitiéndoselo a uno mismo y afrontándolo en el largo plazo.

■ Tratamiento del trastorno de estrés postraumático

Tras un incidente traumático muchos individuos experimentan síntomas parecidos a los del trastorno de estrés postraumático durante un periodo

Terapia de exposición

Una forma de terapia que consiste en exponerse a los recuerdos traumáticos, basada en los supuestos teóricos de que la exposición continuada dará lugar a una reducción paulatina del miedo relacionado con estos recuerdos.

Desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular

Una forma de terapia para el trastorno de estrés postraumático que consiste en exponer al paciente a los recuerdos traumáticos al tiempo que se le hace mover repetidamente los ojos. El método por el que funciona no está claro. Sin embargo, la teoría más popular es que cuando los ojos se mueven hacia adelante y hacia atrás se crea una actividad cerebral parecida a la que se produce durante el sueño REM (movimiento rápido de los ojos) que puede que ayude al cerebro a procesar el material «atascado», lo que permite al individuo alcanzar una resolución adaptativa.

de tiempo limitado. Muchos también se recuperarán de estos síntomas en las semanas posteriores al incidente. Sin embargo, cuando son persistentes y angustiantes (durante, al menos, un mes), se puede diagnosticar el desorden de estrés postraumático. En estos casos, el tratamiento óptimo parece muy similar al del *debriefing* psicológico, ya que implica la exposición repetida a los recuerdos del suceso. Se puede hacer durante varias sesiones, hasta que se logra la integración de los recuerdos aislados en la memoria general y se dejan de producir los síntomas. Este tipo de intervención, conocida como **terapia de exposición**, puede llevar a un aumento inicial de la ansiedad ya que las imágenes perturbadoras, que anteriormente se habían evitado siempre que fuera posible, se recuerdan de forma deliberada. Para minimizar esta ansiedad, Leskin, Kaloupek y Keane (1998) recomendaban un proceso de exposición gradual en el que el individuo recuerda y habla inicialmente sobre elementos concretos de un suceso traumático con el nivel de detalle que él elija en varias ocasiones hasta que deja de encontrarlos perturbadores. Cualquier recuerdo nuevo o potencialmente más ansioso será el foco de las siguientes etapas de la intervención.

La reactivación de los recuerdos mediante este procedimiento incluye la descripción de la experiencia con detalle, centrándose en lo que ha ocurrido, los pensamientos y emociones experimentados en ese momento, y cualquier recuerdo que haya desencadenado el incidente. Este enfoque puede ampliarse con una serie de técnicas cognitivo-conductuales, incluyendo el entrenamiento en relajación y la reestructuración cognitiva. La relajación ayuda al individuo a controlar su activación cuando recuerda sucesos angustiosos o en otros momentos del día cuando se siente tenso o nervioso. La reestructuración cognitiva puede ayudar a cambiar cualquier cognición distorsionada que se tenga en respuesta al suceso, y hacer que sea menos amenazante («¡Me voy a morir! Sentí que me iba a morir, pero hay mucha gente que sobrevive a un diagnóstico de...»).

Distintos estudios que han mostrado que la terapia basada en la exposición es superior al no tratamiento y a otras intervenciones como la consultoría de apoyo y la técnica de relajación sin exposición. Por ejemplo, Foa, Rothbaum, Riggs *et al.* (1991) compararon la eficacia entre una condición de control de lista de espera, el entrenamiento en autoinstrucciones tal y como fue desarrollado por Meichenbaum (*véase* lo expuesto anteriormente), la consultoría de apoyo y un programa de exposición. Los participantes de cada una de las intervenciones activas mostraron mayores mejorías que los de la condición de la lista de espera. Sin embargo, en el seguimiento a tres meses, los individuos que participaron en el programa de exposición informaron de una menor activación fisiológica y menos recuerdos intrusivos.

■ Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares

El tratamiento más reciente del desorden de estrés postraumático se conoce como **desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares** (EMDR en sus siglas en inglés). Este enfoque fue descubierto de manera

accidental por Shapiro (1995). En una historia que se ha hecho famosa sobre cómo se produjo, observó que, cuando paseaba por un bosque, sus pensamientos perturbadores empezaban a disiparse y eran menos inquietantes. Relacionó este cambio con el rápido movimiento espontáneo de sus ojos, hacia adelante y hacia atrás, en una diagonal ascendente al tiempo que caminaba. Desde entonces, se ha desarrollado este procedimiento hasta convertirlo en una intervención estandarizada, y se ha evaluado su eficacia mediante una serie de ensayos clínicos. La intervención consiste en recordar los recuerdos traumáticos como imágenes visuales. A continuación, se pide al participante que asocie esa imagen con un pensamiento negativo pero traído al presente («estoy aterrado»). El individuo atribuye una puntuación en una escala de 0 a 100 a la intensidad de la emoción evocada mediante este proceso. A continuación, se le pide que siga con los ojos el dedo del terapeuta a medida que éste lo mueve cada vez más deprisa por la línea visual del paciente. Después de 24 movimientos como éste, se pide al paciente que «ponga la mente en blanco» o que «lo deje ir» y se le indica que vuelva a puntuar su emoción. Se repite este procedimiento hasta que el paciente experimenta una perturbación mínima ante la imagen y el pensamiento negativo. Si no se produce ningún cambio, se altera la dirección de los movimientos oculares.

El EMDR incorpora la exposición a los elementos de la configuración estimular del trauma. Por tanto, es importante determinar si la incorporación de movimientos oculares mejora el efecto de la exposición. No parece ser así. Aunque este tratamiento es, sin duda, más efectivo que la ausencia de tratamiento, puede que no sea más eficaz que los métodos de exposición tradicionales. Revisando la evidencia empírica, Davidson y Parker (2001) utilizaron un meta-análisis para comparar la eficacia de este tratamiento con el no tratamiento, con técnicas no específicas y con los métodos de exposición descritos anteriormente. Aunque el análisis indicaba que el EMDR resultaba beneficioso en comparación con el no tratamiento y con las técnicas no específicas, sus beneficios eran similares o inferiores a los de la exposición.

Minimización del estrés en el contexto hospitalario

Preparación preoperatoria

Una intervención quirúrgica es un suceso estresante, ya sea una operación pequeña realizada con anestesia local o una más importante con un periodo de inconsciencia y un largo periodo de recuperación. Por tanto, no debería resultar sorprendente que los niveles de ansiedad puedan ser elevados, tanto antes como después de la operación. Esta ansiedad es tan desagradable para el individuo afectado como una posible fuente de complicaciones. Puede aumentar la cantidad de analgésicos que se toman, el grado en el que se necesita que se tranquilice al paciente, tanto antes como después de la operación, e incluso el tiempo que hay que estar hospitaliza-

do (Johnston y Vogele, 1993). Por ello, una serie de investigadores han intentado identificar procedimientos sencillos para preparar psicológicamente a la gente para una operación a fin de minimizar la ansiedad asociada. Aunque los planteamientos de manejo del estrés que se han descrito anteriormente puedan ser adecuados en estas circunstancias, los profesionales sanitarios y los pacientes no suelen tener el tiempo o la predisposición para, enseñar o aprender estas estrategias. Por ello, se ha adoptado un enfoque muy distinto para ayudar a la gente a afrontar este tipo de estrés específico.

Muchos estudios han demostrado que sentimos menos ansiedad cuando nos enfrentamos a circunstancias potencialmente estresantes si podemos tener cierto grado de control sobre ellas (por ejemplo, Lok y Bishop, 1999). Estos hallazgos han llevado a los psicólogos de la salud a analizar si el hecho de dar a los pacientes que se van a someter a una cirugía más control sobre su situación reducirá la cantidad de estrés que experimentan. Evidentemente, los pacientes no pueden tener demasiado control sobre su anestesia o la cirugía: ¡esas cosas hay que dejárselas a los profesionales! Así pues, en este caso se puede interpretar «dar control» como «mantener informadas a las personas sobre lo que las está ocurriendo». Se cree que esto reduce la ansiedad al minimizar el miedo a lo desconocido. Si los pacientes saben lo que pueden esperar, pueden comprender mejor y sentirse menos alarmados ante lo que experimenten. Por ejemplo, si se dice a los pacientes que van a sentir cierto dolor después de la intervención, se sentirán menos alarmados y habrá menos posibilidades de que piensen que algo ha salido mal por ese dolor. Hay una serie de estudios que han analizado la eficacia de proporcionar dos tipos de información a los pacientes antes de una intervención quirúrgica:

1. *Información sobre el procedimiento*: informar a los pacientes sobre lo que va a ocurrir antes y después de la cirugía, como que se les van a inyectar fármacos antes de la operación, van a despertarse en la sala de recuperación y van a tener un gotero en el brazo.
2. *Información sensorial*: informar a los pacientes sobre cómo se sentirán antes y después de la intervención; por ejemplo, que es normal tener dolor después de la operación, o que pueden sentirse desorientados cuando se despierten de la anestesia.

El panorama general es que estas intervenciones funcionan. La mayoría de las investigaciones que evalúan la eficacia de este tipo de intervenciones se llevó a cabo en la década de 1980 y a principios de la década de 1990. En una revisión de esta bibliografía, Johnston y Vogele (1993) realizaron una serie de meta-análisis, cuyos resultados indicaban que este tipo de intervenciones permitían obtener mejoras en las medidas que incluían el dolor y la incomodidad informadas, la ansiedad por el dolor, la utilización de analgésicos, el tiempo para levantarse de la cama después de la operación e índices fisiológicos del estrés como la tasa cardíaca. Sin embargo, no parecía que hubiera una intervención que fuera consistentemente mejor que cualquier otra, y parece que la intervención óptima es una combinación de los dos tipos de información.

Afrontamiento de evitación

Un estilo de afrontamiento que implica el control emocional mediante la evitación del afrontamiento con la situación estresante. Es análogo al afrontamiento centrado en las emociones.

Afrontamiento centrado en el problema

Un estilo de afrontamiento que implica la planificación y resolución activa de cualquier fuente de estrés.

Colonoscopia

Un procedimiento quirúrgico menor en el que se extrae un minúsculo fragmento de la pared intestinal del colon. A continuación se somete a pruebas para buscar células malignas.

■ Ajuste a las necesidades del paciente

Lo que puede ser tan importante como el tipo de intervención es ajustarse a las características del paciente que la recibe. Los pacientes que suelen afrontar la situación utilizando estrategias de **afrontamiento basadas en la evitación** podrían beneficiarse, por ejemplo, de recibir menos información que los que normalmente afrontan el estrés utilizando estrategias centradas en el problema (*véase* el Capítulo 11) o buscando información relevante. Wilson (1981) llevó a cabo un estudio para analizar esta cuestión. Asignó a los pacientes que iban a someterse a una operación quirúrgica o bien a una atención rutinaria, a una combinación de información sobre las sensaciones que iban a tener y sobre el procedimiento, a un entrenamiento en relajación, o a una combinación de las dos intervenciones activas. A todos aquellos que se encontraron en las intervenciones activas les fue mejor que a los del grupo de atención rutinaria. Sin embargo, también se encontró que los pacientes que recibieron información sobre las sensaciones y sobre el procedimiento y que normalmente utilizaban estrategias de **afrontamiento centradas en el problema** para manejar su estrés, obtuvieron mejores resultados que los que utilizaban estrategias centradas en las emociones en varias medidas sobre la recuperación y el uso de analgésicos. Parece que resulta beneficioso proporcionar información a los individuos que normalmente buscan información y que reflexionan sobre cómo resolver sus problemas; esta información puede ser indeseada por aquellos individuos que normalmente evitan estas cuestiones y es posible que incluso empeore las cosas para ellos.

Esta hipótesis fue puesta a prueba más recientemente por Morgan, Roufeil, Kaushik *et al.* (1998), que presentan un estudio en el que dieron a individuos que habían sido identificados, o bien como «buscadores de información» o bien como «evitadores», información sobre las sensaciones de una próxima **colonoscopia** o ningún tipo de información. En los pacientes que recibieron la información acorde a su estilo de afrontamiento (es decir, nada de información para los «evitadores»; información para los «buscadores») dieron cuenta de una menor ansiedad que los que recibieron un tipo de información incongruente con su estilo. También obtuvieron una menor puntuación en una medida de «conducta de dolor» tomada por las enfermeras durante el procedimiento, aunque los participantes no informaron de ninguna diferencia de dolor durante el procedimiento ni difirieron en el uso de fármacos sedantes. Estos datos sugieren que:

- Los individuos que normalmente afrontan el estrés utilizando estrategias centradas en los problemas se benefician de la información que los ayuda a comprender su experiencia y a interpretarla activamente en relación con la información que se les proporciona.
- Los individuos que normalmente utilizan estrategias de evitación centradas en las emociones se benefician más de que no se les diga lo que tienen que esperar, y, tal vez, de que se los ayude a desarrollar estrategias que les haga más fácil distraerse de la situación.

Los niveles de ansiedad también pueden influir en el impacto de la preparación previa a la operación quirúrgica. Por ejemplo, Hathaway (1986)

concluyó, a partir de un meta-análisis, que los pacientes con bajos niveles de ansiedad se benefician más de la provisión de información sobre el procedimiento, mientras que los que tenían elevados niveles de ansiedad se beneficiaban más de una conversación informal. La ansiedad inhibe el aprendizaje de cosas nuevas, en parte porque los individuos que están ansiosos pueden no prestar atención a lo que se les esté diciendo, y en parte porque hay una inhibición directa de los procesos de memoria. Por tanto, es posible que los pacientes ansiosos se beneficien más cuando se les da relativamente poca información pero la información que reciben se ajusta a sus necesidades.

Los estudios de los efectos de la enseñanza de las técnicas de relajación a los pacientes ansiosos han ofrecido resultados contradictorios. Wilson (1981) observó que los pacientes que tenían niveles de ansiedad relativamente reducidos parecían beneficiarse más del aprendizaje de las habilidades de relajación. Por el contrario, aquellos pacientes con niveles de ansiedad especialmente elevados no se beneficiaron de que se les enseñaran técnicas de relajación, tal vez porque su ansiedad les impidió aprender y poner en práctica suficientemente bien estas técnicas. Por el contrario, Wilson *et al.* (1982) encontraron que la relajación beneficiaba a algunos pacientes ansiosos cuando eran sometidos a una **endoscopia**. Juntos, estos resultados sugieren que los individuos con niveles de ansiedad moderadamente elevados pueden beneficiarse más de la utilización de la relajación, ya que pueden ser capaces de poner en práctica las habilidades con más facilidad que aquellos que tienen elevados niveles de ansiedad.

Endoscopia

Utilización de un tubo fino con luz (llamado endoscopio) para examinar el interior del cuerpo.

Intervenciones más complejas han introducido técnicas de reestructuración cognitiva (véase más arriba) para ayudar a minimizar los pensamientos elicítadores de ansiedad tanto antes como después de la cirugía. Por ejemplo, Ridgeway y Mathews (1982) asignaron a mujeres que iban a ser sometidas a cirugía ginecológica a una de las tres condiciones siguientes: una condición placebo en la que recibían información general sobre el funcionamiento de la sala del hospital; información sobre las sensaciones que iban a tener y sobre el procedimiento; y entrenamiento en métodos de reestructuración cognitiva. Tras la cirugía, no hubo diferencias entre los grupos en las medidas de dolor, náuseas o duración del sueño. Sin embargo, las participantes de la condición de reestructuración cognitiva utilizaron menos analgésicos en su estancia en el hospital e informaron de menos dolor cuando se las dio el alta que las de los demás grupos. A pesar del éxito de la intervención cognitiva, la sencillez de las intervenciones basadas en la información hace que tengan más probabilidades de ser aplicadas en el «mundo real» de una ajetreada sala hospitalaria.

■ El trabajo con los niños y sus padres

Gran parte del trabajo reciente en la preparación de los individuos para una operación quirúrgica se ha centrado en ayudar a los niños y a sus padres. Los estudios que se han centrado en los niños han revelado varias técnicas que pueden resultar beneficiosas. Por ejemplo, Mahajan, Wyliee, Steffen *et al.* (1998) asignaron de forma aleatoria a niños con edades com-

Intervención placebo

Una intervención diseñada para simular una intervención psicológica pero que no se considera una terapia específica para la condición diana.

prendidas entre los 6 y los 19 años a una de dos condiciones antes de una endoscopia gastrointestinal. Los primeros recibieron una preparación rutinaria. Los segundos recibieron preparación sobre el procedimiento, incluyendo una demostración de los materiales que se utilizarían durante la endoscopia y el uso de un muñeco o un libro de fotografías que mostraba el procedimiento. En comparación con la condición sin preparación, los participantes de la condición de información sobre el procedimiento refirieron menos ansiedad, tanto antes como durante el proceso, utilizaron menos anestesia y tenían un ritmo cardíaco más lento, lo que sugería que estaban más relajados. Hatava, Olsson y Lagerkanser (2000) asignaron de forma aleatoria a los niños y a los padres a una de dos intervenciones diseñadas para reducir la ansiedad antes de una operación otorrinolaringológica. En la primera condición, una enfermera ofreció información oral y por escrito dos semanas antes de la intervención. Esta información incluía datos sobre las reglas generales del hospital, las rutinas y la fecha de la operación. Esta intervención actuaba como **intervención placebo** puesto que poco hay aquí que se pueda esperar que reduzca la ansiedad salvo conocer a la enfermera que podría atender al paciente. El segundo grupo recibió una intervención más compleja, que incluía la misma información dos semanas antes de la operación quirúrgica, seguida de una visita al departamento de otorrinolaringología el día antes de la intervención. Durante esta visita, cada niño y sus padres conocían al anestesista que estaría en la operación. Después, se tomaba parte en una sesión de grupo dirigida por una enfermera en la que se les mostraba el quirófano y se tumbaban en la mesa de operaciones. También se mostraba el equipo que se utilizaría durante la anestesia, y se animaba a los niños para que jugaran con el equipo para minimizar la amenaza y aumentar la familiaridad. A continuación se les enseñaba el procedimiento que se aplicaría mediante un *role-playing* con un muñeco. Esta intervención compleja ofrecía significativos beneficios, sobre todo para los niños del programa más pequeños, los que tenían menos de cinco años. Tanto los niños más pequeños como los mayores referían menos miedo y ansiedad antes de la cirugía. Además, los padres informaban de mayor satisfacción y menor ansiedad que los que no recibieron la intervención.

Biopsia de la médula espinal

Se realiza normalmente bajo anestesia local haciendo una pequeña incisión en la piel. A continuación se introduce una aguja de biopsia en el hueso para tomar una muestra de la médula en el centro del hueso. La médula contiene plaquetas, fagocitos y linfocitos.

Jay, Elliott y Fitzgibbons (1995) ofrecieron una comparación poco habitual entre los métodos médicos y psicológicos para reducir la ansiedad en los niños que iban a ser sometidos a una **biopsia de la médula espinal** que se puede realizar y, a menudo se realiza, bajo anestesia local. Este procedimiento puede resultar muy angustiante tanto para los padres como para los hijos. Los autores compararon dos enfoques para minimizar la ansiedad en una muestra de niños con edades comprendidas entre los tres y los 12 años. El primero consistía simplemente en aplicar a los niños anestesia total. Aunque este enfoque genera cierto grado de ansiedad, el razonamiento era que podría resultar menos angustiante que experimentar el proceso con anestesia local. Compararon este enfoque con la realización del procedimiento con anestesia local tras enseñar a los niños tanto técnicas de relajación como de reestructuración cognitiva para controlar su ansiedad. Es de imaginar que se enseñó a un nivel muy sencillo, sobre todo a

los niños más pequeños. Tal vez no resulte sorprendente que los niños que recibieron entrenamiento en métodos de manejo del estrés experimentaron más ansiedad que los que fueron anestesiados al inicio del procedimiento (es decir, antes de que los niños en la condición de la anestesia estuvieran totalmente inconscientes). Sin embargo, la valoración que realizaron los padres sugería que tuvieron menos ansiedad en los días posteriores. Resulta interesante que ni los niños ni sus padres mostraran ningún tipo de preferencia por ninguna de las intervenciones.

Las intervenciones dirigidas a los padres también pueden beneficiar tanto a los progenitores como a los hijos. Por ejemplo, Campbell, Kirkpatrick, Berry *et al.* (1992) prepararon a las madres de niños en edad preescolar para una operación cardíaca en la que sus niños estarían inconscientes de una de las tres maneras siguientes: consultoría de apoyo, intervención educativa sobre el hospital y el procedimiento, y relajación y diálogo interior positivo (manejo del estrés). Las últimas intervenciones resultaron las más eficaces. Las madres con niños que recibieron formación en manejo del estrés afrontaron mejor el propio procedimiento, y sus hijos se adaptaron de forma más positiva en su casa tras recibir el alta del hospital que los que fueron asignados a otras condiciones. Las mujeres que recibieron la intervención educativa refirieron menos ansiedad y tensión durante el procedimiento que las que estaban en otras condiciones. De nuevo, parece que la combinación de intervenciones que incluyen educación y entrenamiento de estrategias de afrontamiento constituye la intervención óptima.

Resumen

Este capítulo ha analizado diversos enfoques del manejo del estrés y los contextos en los que se han aplicado. Se pueden utilizar intervenciones sistemáticas dirigidas a toda una organización como enfoque preventivo. Los planteamientos más individualizados, centrados en enfoques terapéuticos específicos, pueden beneficiar a aquellos individuos que experimentan desde un estrés moderado a un estrés traumático elevado. Finalmente, la simple información sobre el procedimiento puede beneficiar a los individuos que tienen que afrontar el estrés de una operación quirúrgica cuando hay poco tiempo (o una escasa necesidad) de utilizar estas intervenciones más complejas.

Hemos señalado que, aunque las «clases» de manejo del estrés constituyen una forma eficaz y potencialmente útil de llegar al público, es probable que la asistencia a estas clases sea limitada, por lo que los psicólogos de la salud y otros se han centrado en audiencias más grandes y «cautivas» en las organizaciones.

El manejo del estrés en este nivel puede incluir una serie de enfoques en función de las causas organizacionales del estrés. Las intervenciones de manejo del estrés deberían producirse tras una revisión de los factores estresantes y dirigirse a los aspectos del entorno que contribuyen al estrés y que se pueden cambiar de forma realista en el contexto particular de trabajo.

Las intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas a reducir el estrés incluyen:

- desencadenantes del estrés utilizando, por ejemplo, el enfoque centrado en el problema de Egan;
- los precursores cognitivos del estrés, utilizando los modelos autoinstruccionales y de reestructuración cognitiva de Beck, Meichenbaum y Ellis;
- la respuesta fisiológica al estrés empleando métodos de relajación, incluyendo la técnica modificada de Jacobson;
- las reacciones conductuales ante situaciones estresantes utilizando la inoculación del estrés de Meichenbaum y las técnicas de ensayo de conducta.

Los tratamientos del trauma incluyen aquellos que se cree que son preventivos y los que ayudan a los individuos a afrontar condiciones a más largo plazo, como el trastorno de estrés postraumático.

- El *debriefing* clínico próximo en el tiempo al incidente no parece ser preventivo.
- Las intervenciones basadas en la exposición parecen ser efectivas para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático.
- La desensibilización y el reprocesamiento por medio del movimiento ocular no parece proporcionar ningún beneficio adicional a estos enfoques.

Finalmente, proporcionar información relevante para ayudar a los individuos a comprender y afrontar el estrés de procedimientos hospitalarios como operaciones quirúrgicas puede reducir la ansiedad y el dolor y facilitar la rehabilitación tras la intervención quirúrgica. Sin embargo, sus beneficios varían en función de las diferencias individuales en el estilo de afrontamiento:

- Los pacientes que normalmente intentan resolver de forma activa sus problemas se benefician más de recibir la información.
- Se puede ayudar mejor a los pacientes que normalmente afrontan el estrés recurriendo a estrategias de evitación enseñándoles técnicas de distracción.

Lecturas recomendadas

Elkin, A. (1999). *Stress Management for Dummies*. Nueva York: Wiley. Es una guía irreverente pero útil para gestionar su propio estrés.

Meichenbaum, D. (1985). *Stress Inoculation Training*. Longman Higher Education.

Una revisión más académica de las técnicas de manejo del estrés para trabajar con individuos particulares. Está un poco desfasada en la actualidad, pero sigue siendo uno de los mejores textos introductorios que existen.

Barlow, D. H. y Mostofsky, D. I. (2000). *The Management of Stress and Anxiety in Medical Disorders*. Allyn and Bacon.

Una revisión más actualizada del manejo del estrés en relación con los problemas de la salud.

Williams, S. y Cooper, L. (2002). *Managing Workplace Stress*. Chichester: Wiley.

Se trata de buena y práctica revisión de los temas relacionados con el manejo del estrés a nivel organizacional. Fue patrocinado por los «jefes» (la Confederation of British Industry), por lo que es de suponer que saben de lo que están hablando.

PARTE III

Estar enfermo

El impacto de la enfermedad sobre la calidad de vida

CAPÍTULO

14

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- Las áreas de la calidad de vida.
- La calidad de vida como constructo multidimensional, dinámico y subjetivo.
- Las influencias demográficas, clínicas y psicosociales sobre las percepciones de la calidad de vida.
- Las ventajas y desventajas de los procedimientos comunes para la evaluación de calidad de vida.
- La necesidad de tener en cuenta a las poblaciones específicas cuando se desarrollan herramientas de medición.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

La enfermedad es un proceso dinámico que parte de la percepción de síntomas o de un diagnóstico y prosigue o cambia a lo largo del tiempo en función de la patología de la enfermedad, de las posibilidades de tratamiento y las respuestas a la enfermedad, tanto del individuo afectado como de los que lo rodean. En los capítulos anteriores hemos mostrado que existen muchos factores individuales y sociales que influyen sobre las respuestas a una experiencia estresante y, en este capítulo, centramos nuestra atención en el impacto de la enfermedad. Abordamos dicho impacto sobre el bienestar y el ajuste emocional del individuo, sobre su funcionamiento general y relacionado con la salud: en otras palabras, con su calidad de vida. Primero, es necesario definir este constructo general, antes de analizar cómo pueden influir los factores demográficos, psicosociales y de la enfermedad y el tratamiento sobre las percepciones de la calidad de vida. Una vez descrita qué es la calidad de vida (si es posible algo semejante dada la subjetividad del concepto), pasamos a prestar atención a los temas relacionados con cómo se mide este concepto multidimensional, dinámico y subjetivo.

La enfermedad y la calidad de vida

Aunque el principal objetivo de la medicina y la atención sanitaria consiste en mejorar la salud y/o el tratamiento y la cura de la enfermedad y sus síntomas, es necesario abordar resultados más generales de los tratamientos y servicios de la atención sanitaria como el bienestar del paciente. A diferencia de los resultados clínicos, que se pueden valorar de manera objetiva (observando la mejora del funcionamiento físico o la reducción de la sintomatología), la valoración del bienestar del paciente exige que se intente determinar la visión que éste tiene. Por ejemplo, en los ensayos clínicos (como los realizados para probar la eficacia de un nuevo fármaco) y los estudios de intervenciones (psicológicos o clínicos), es importante evaluar los resultados clínicos, como la reducción de los síntomas, pero también la propia percepción del individuo sobre cómo ha influido la intervención o el tratamiento sobre su experiencia de la enfermedad y su funcionamiento psicosocial general. La investigación sobre la calidad de vida se ha convertido en una importante área de investigación multidisciplinar por diversas razones. Una puede ser que, gracias a los adelantos tecnológicos, la medicina puede tratar más enfermedades y, por ello, los individuos viven más que las generaciones previas. En relación con lo anterior se encuentra la creciente aceptación, fundamentalmente en el campo de la medicina, de la importancia de conocer y comprender los resultados psicosociales, así como los clínicos, de los tratamientos o intervenciones. El disponer de este conocimiento más exhaustivo tiene repercusiones para la provisión futura de servicios, tratamientos y atención. Como afirman sucintamente Boina, Briançon, Guillemin *et al.* (2004: 4): «los médicos tienen ahora la oportunidad de sumar vida a los años, además de añadir años a la vida». Además, los pacientes pueden obtener un gran beneficio de determinados tratamientos o intervenciones en cuanto a una mejora de la calidad de vida, incluso si estos mismos tratamientos o intervenciones no pueden ampliar la supervivencia o la duración de la vida (*véase* más adelante el recuadro EN EL PUNTO DE MIRA).

Para ilustrar el crecimiento de la investigación sobre la calidad de vida, tanto en la literatura psicológica como en la médica, Garratt, Schmidt, Mackintosh *et al.* (2002) publicaron una revisión en el *British Medical Journal* en la que revelaron que entre 1990 y 1999 se consultaron más de 23.000 registros sobre la calidad de vida en los buscadores y, de ellos, 4.000 versaban concretamente sobre el desarrollo de escalas y tests. ¿Qué es lo que tiene este constructo que ha recibido tanta atención de la investigación?

¿Qué es la calidad de vida?

En términos generales, se puede definir la calidad de vida como la evaluación que hace un individuo de su experiencia vital general en determinado momento (calidad de vida global), surgiendo el término «calidad de vida relacionada con la salud» para hacer referencia a las evaluaciones de las

experiencias vitales y cómo se ven afectadas por la enfermedad, los accidentes o los tratamientos. Por tanto, la calidad de vida relacionada con la salud tiene que ver con «niveles óptimos de funcionamiento mental, físico, social y del papel desempeñado (por ejemplo, laboral, paternal, cuidador), incluyendo las relaciones, las percepciones de la salud, la buena forma física, la satisfacción vital y el bienestar. También debería incluir cierta valoración del nivel de satisfacción del paciente con el tratamiento, el resultado en cuanto a la situación de salud, y con las perspectivas futuras» (Bowling, 1995: 3).



¿Cómo definiría la calidad de vida? Reflexione sobre usted mismo «ahora» comparado con, tal vez, sus padres y sus amigos. ¿Considera que para usted la «calidad de vida» es algo distinto que para ellos? Piense por qué podría ser así. Analice qué es lo que considera que es importante para su calidad de vida en el futuro.

¿Ha experimentado alguna vez algo que haya amenazado su calidad de vida? En caso afirmativo, ¿en qué sentido la amenazó y cómo afrontó la situación?

Según el grupo de trabajo sobre calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL, 1993, 1994), la calidad de vida se define a partir de las percepciones que tiene un individuo de su posición en la vida respecto a su contexto cultural y el sistema de valores de ese contexto en relación con sus propios objetivos, normas y expectativas. Se considera que la calidad de vida es un concepto general que depende de la salud física y mental del individuo, de su grado de independencia, de la calidad de sus relaciones sociales, de su integración social e, incorporado posteriormente (WHOQOL, 1998), de sus creencias personales, religiosas y espirituales. Este grupo de trabajo ha producido una herramienta de evaluación genérica y validada en diversas culturas (WHOQOL-100) que aborda 25 facetas distintas de la calidad de vida agrupadas en seis áreas:

1. *Salud física*: dolor e incomodidad; energía y fatiga; sueño y descanso.
2. *Psicológico*: sentimientos positivos; autoestima; reflexión, memoria, aprendizaje y concentración; imagen y apariencia corporal; sentimientos negativos.
3. *Grado de independencia*: actividades de la vida cotidiana (por ejemplo, autocuidado); movilidad; dependencia de medicación y tratamiento; capacidad de trabajar.
4. *Relaciones sociales*: relaciones personales; apoyo social práctico; actividad sexual.
5. *Relación con el entorno*: seguridad física; recursos económicos; entorno doméstico; disponibilidad y calidad de la atención sanitaria/social; oportunidades de aprendizaje; participación y oportunidades en actividades de ocio; transporte; entorno físico.
6. *Espiritualidad, religión y creencias personales*.

Esta herramienta genérica proporciona los elementos clave para utilizarlos en todas las enfermedades y trastornos, habiéndose desarrollado posteriormente versiones específicas para determinadas enfermedades y poblaciones, incluyendo la herramienta WHOQOL-HIV. Se utiliza esta medida para evaluar la calidad de vida de los individuos con VIH y SIDA e incluye aspectos específicos de la enfermedad, como preocupaciones por los síntomas del VIH/SIDA, el proceso de pruebas y resultados de las pruebas del VIH, el reconocimiento de tener el VIH, el significado y objetivo de la vida, la muerte y el acto de morir (O'Connell, Skevington y Saxena en representación del grupo WHOQOL-HIV, 2003).

■ Enfermedad, discapacidad y minusvalía

Uno de los objetivos de evaluar la calidad de vida consiste en valorar el impacto que tiene la enfermedad sobre el funcionamiento del individuo e, inicialmente, esto llevó a que los estudios estuvieran relacionados en cierto modo con la valoración de la función física, aunque se cree que esta función es únicamente una de las diversas áreas que pueden reflejar la calidad de vida. Muchos estudios utilizan medidas de la gravedad de la enfermedad o de los síntomas, de la discapacidad o del funcionamiento físico como medidas de resultados que se consideran indicadoras de la calidad de vida. Sin embargo, el modelo de deficiencia, discapacidad y minusvalía de la OMS (*véase* el Capítulo 1; OMS, 1980) describía que la enfermedad tiene más que meras consecuencias físicas al definir la minusvalía como las desventajas y limitaciones de desempeñar papeles sociales que se deben directamente al impedimento y/o discapacidad. Johnston y Pollard (2001), al poner a prueba el modelo de la OMS, concluían además que la relación lineal entre la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía no era inevitable, pero dependía de factores psicológicos. Los estudios sobre individuos que padecen artritis reumatoide ofrecen un apoyo adicional ya que se suele concluir que la relación entre patofisiología y resultados de discapacidad es indirecta y está moderada por factores psicosociales y del entorno (*véase* Walter, Jackson y Littlejohn, 2004, para una revisión).

En vez de considerar que la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía son indicadores de la calidad de vida, habría por tanto que considerarlos como influencias potenciales sobre la misma (McKenna, Whalley y Doward, 2000; McKenna, 2004) que pueden afectar, o no, a la calidad de vida percibida por determinada persona, en función del grado en que ese individuo los considere importantes para realizar esa valoración (por ejemplo, Cox, 2003). Para algunos individuos, la incapacidad de realizar actividades valoradas por ellos debido al impedimento o la discapacidad puede considerarse como «un resultado peor que la muerte» (por ejemplo, Ditto, Druley, Moore *et al.*, 1996); sin embargo, otros seguirán encontrando significado y un propósito de la vida a pesar de su incapacitación. El recuadro EN EL PUNTO DE MIRA (a continuación) plantea la cuestión de si los resultados que son importantes para el individuo afectado son los mismos que los resultados valorados en la profesión sanitaria o, en concreto, por los economistas de la salud.



En el **punto** de mira

¿Qué resultados de la salud son importantes y para quién?

Para la mayoría de la gente, la elección entre un tratamiento sin efectos secundarios importantes y un tratamiento con importantes efectos secundarios sería una decisión fácil: es decir, se optaría por el tratamiento sin efectos secundarios. Sin embargo, la decisión resulta más compleja si la elección es ahora entre un tratamiento sin grandes efectos secundarios pero con tan sólo un moderado éxito demostrado para combatir la enfermedad en cuestión y un tratamiento con importantes efectos secundarios pero excelentes tasas de éxito. ¿Cuál elegiría usted? Muchos pacientes de cáncer tienen que tomar a diario este tipo de decisiones, ya que están luchando por su supervivencia pero afrontando unos tratamientos que suelen tener graves efectos secundarios. Se puede alargar la vida con estos tratamientos, pero ¿qué hay de la calidad de vida? Estas preguntas plantean el tema de cuáles son los mejores resultados para el individuo que recibe el tratamiento.

Si consideramos en este debate las cuestiones económicas, como cada vez es más el caso debido a los costes de los tratamientos, de las estancias hospitalarias, de la atención posterior, etc., las decisiones sobre cuáles son los mejores resultados del tratamiento suelen quedar en manos de los médicos y los directivos del hospital, que son responsables del gasto. Si el resultado es la muerte, el coste para la institución sanitaria es escaso, al contrario del que se deriva de una morbilidad prolongada y, por tanto, la eficacia del tratamiento resulta esencial para tomar estas decisiones. El resultado ideal desde el punto de vista médico sería, probablemente, lograr el funcionamiento óptimo, pero hay pocos tratamientos que ofrezcan esa garantía y, si lo hacen, ¡es probable que sean muy caros! Las decisiones se suelen tomar comparando los costes del tratamiento (por ejemplo, costes económicos, costes para el individuo en cuanto a efectos secundarios) frente a los beneficios objetivos del tratamiento (por ejemplo, ahorro económico por la reducción de la necesidad de nuevos tratamientos y ganancia estimada de la cantidad de vida para el individuo).

Las técnicas de compensación temporal, utilizadas por los economistas de la salud, permiten analizar la utilidad (importancia) que se asigna a los estados de salud. Se puede pedir a los profesionales de la salud y a los pacientes que imaginen vivir con determinada enfermedad durante un par de años, en comparación con vivir con una mejor salud durante un menor periodo de tiempo si se recibe cierto tratamiento, aunque es posible que después mueran o estén muy enfermos. Los periodos reales de salud normal se ajustan hasta que el individuo ya no puede elegir entre los dos estados. Por ejemplo, si para usted fuera indiferente vivir con mala salud seis meses o con una salud óptima durante tres meses con tratamiento, se obtendría la utilidad del tratamiento para usted. En esencia, este tipo de juicios de valor exigen que el individuo valore cuánto tiempo, en términos de su calidad de vida actual, está dispuesto a cambiar por la calidad de vida tras el tratamiento; por ejemplo, ¿cuántos días de tratamiento estaría usted dispuesto a cambiar por cuantos meses de salud mejorada? (*véase* Bowling, 1995: 12-14, para un análisis más exhaustivo de estas técnicas).

Lo importante es que estas decisiones, y los valores que se asignan a resultados como el dolor, la discapacidad, el malestar e, incluso, el fallecimiento, son subjetivos: es decir,

los distintos individuos valoran diferentes aspectos de la vida y, como se mostrará en este capítulo, lo que se valora puede cambiar a lo largo del ciclo vital. Por ejemplo, ¿un paciente de cáncer con 75 años valorará de la misma manera las opciones de tratamiento, como ocho semanas de quimioterapia intensiva, y los beneficios esperados en cuanto a mayor duración de la vida, y los posibles efectos secundarios (náusea, pérdida de pelo, etc.) que un padre de 45 años? Ésta es la razón por la que es tan importante valorar las percepciones que tienen los individuos sobre lo que constituye su «calidad» de vida.

¿Qué influye sobre la calidad de vida?

Hay muchos factores que influyen sobre la calidad de vida:

- factores demográficos, por ejemplo, la edad y la cultura;
- la propia enfermedad o problema: por ejemplo, los síntomas, la existencia o inexistencia de dolor, la discapacidad funcional, el daño neurológico con una incapacitación asociada motriz, emocional o cognitiva, impedimento sensorial o de la comunicación;
- tratamiento (disponibilidad, tipo de tratamiento, grado, toxicidad, efectos secundarios, etc.);
- factores psicosociales: por ejemplo, emociones (ansiedad, depresión), afrontamiento, contexto social, metas y apoyo.

■ Edad y calidad de vida

Se ha demostrado que la edad influye sobre las facetas de la vida que se consideran importantes. Los estudios sobre la calidad de vida en poblaciones infantiles siguen siendo relativamente limitados y, cuando existen estudios, tienden a centrarse en enfermedades crónicas como el asma y la epilepsia, donde la enfermedad tiene el potencial de presentar un amplio efecto psicosocial pero no implica un riesgo de muerte. Como señala Bowling (1995b), algunas enfermedades, y sus tratamientos y efectos secundarios, pueden tener efectos «adicionales» sobre el funcionamiento de los niños que es improbable que sean un factor relacionado con la calidad de vida entre los adultos; por ejemplo, algunos tratamientos del cáncer pueden afectar al deseo y/o la capacidad de jugar con los amigos, participar en actividades deportivas o ir al colegio. Se ha descubierto que enfermedades como la epilepsia infantil impiden el funcionamiento social, la independencia y las relaciones con los compañeros, así como, en algunos casos, la autoestima y el estado de ánimo (McEwan, Espie y Metcalfe, 2004). Jirojanakul, Skevington y Hudson (2003) señalan que la comprensión de la calidad de vida en la infancia es aún más importante dado que los efectos de una menor calidad de vida pueden ser acumulativos y afectar al desarrollo y, por tanto, la identificación temprana de las dificultades que obstaculizan la calidad de vida puede permitir que se pongan en marcha intervenciones para prevenir problemas posteriores. Eiser y Morse (2001) han realizado una revisión de la literatura sobre la evaluación de la

calidad de vida en la infancia y señalan que los juicios de valor sobre la calidad de vida se hacen evaluando el estilo de vida actual respecto a las expectativas que tiene el individuo. Una vía de trabajo fructífera podría, por tanto, analizar si los niños que padecen enfermedades crónicas modifican sus expectativas de vida futura debido a que su calidad de vida está viéndose comprometida en su infancia; hasta la fecha no sabemos que haya ningún estudio de este tipo.

Aunque la mayoría de los estudios ha recurrido a los informes de allegados (*proxy reports*), generalmente los progenitores, para obtener información sobre la calidad de vida de sus hijos (*véase* más adelante el apartado sobre medición de la calidad de vida), hay varios estudios interesantes que han utilizado métodos cualitativos para determinar las áreas de importancia de la calidad de vida y los factores que influyen sobre la misma, realizando, por ejemplo, sesiones de entrevista en grupo con los propios niños (*estrategia de grupo focal*¹). Cramer, Westbrook, Devinsky *et al.* (1999, citado en McEwan *et al.*, 2004) organizaron grupos de atención con adolescentes que padecían epilepsia e identificaron ocho subescalas relacionadas con la calidad de vida relacionada con la salud:

1. Impacto general de la epilepsia.
2. Problemas de memoria/concentración.
3. Actitudes hacia la epilepsia.
4. Funcionamiento físico.
5. Estigma.
6. Apoyo social.
7. Comportamiento en el colegio.
8. Percepciones generales sobre la salud.

Estas conclusiones reflejan la amplia gama de influencias sobre la calidad de vida de los jóvenes (con edades comprendidas entre los 11 y los 17 años), y los resultados cuantitativos del mismo estudio concluyeron que la gravedad de los ataques era el principal elemento de predicción de la calidad de vida relacionada con la salud, independientemente de la edad en la que aparecía la enfermedad. En otras palabras, la cantidad de tiempo que se ha tenido la enfermedad no parece reducir el efecto de los ataques agudos sobre la calidad de vida. En otro estudio en el que se utilizó la estrategia de *grupo focal* que analizaba la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con el *malestar* entre los niños con epilepsia con edades entre 6 y 12 años, el *malestar* estaba fundamentalmente asociado con la pérdida de independencia y las restricciones sobre las actividades cotidianas, la preocupación por las reacciones de los demás a su enfermedad y a los ataques, el tratamiento que recibían de sus compañeros, y la preocupación por los efectos secundarios de la medicación (Ronen *et al.*, 1999, citado en McEwan *et al.*, 2004).

¹ N. de los R.: la estrategia de grupo focal o *focus group* es un tipo de estudio cualitativo en el cual se recoge la información a través de entrevistas en sesiones grupales dinámicas.

Se ha descubierto, tal vez de forma sorprendente, que la calidad de vida genérica, frente a la calidad de vida específicamente relacionada con la enfermedad (calidad de vida relacionada con la salud) se ve menos afectada por los estados de salud (enfermedad crónica, aguda o grave) que por los factores socioeconómicos (Jirojanakul, Skevington y Hudson, 2003). Estos autores encuentran que, entre los niños con edades comprendidas entre los 5 y los 8 años que van al colegio o trabajan junto con sus padres, trabajadores de la construcción (algo permitido en Tailandia donde se realizó el estudio), las variables sobre el entorno social, como la renta de los padres, la educación y la situación profesional, el tipo de vivienda, y la cantidad de actividades extraescolares del niño, explicaban significativamente la calidad de vida (valorada mediante un cuestionario asequible para los niños, así como para los allegados), mientras que el estado de salud no explicaba la calidad de vida. Aunque este estudio fue realizado en Tailandia, y con niños fundamentalmente sanos, se considera que las conclusiones son consistentes con los estudios realizados entre poblaciones de niños occidentales donde las actuales circunstancias vitales (y las expectativas que acarrearán) son importantes para la calidad de vida (por ejemplo, Eiser y Morse, 2001).

Un factor que puede influir sobre el impacto que tiene la enfermedad sobre la calidad de vida es si se produce o no a una edad más temprana que la habitual para la aparición de una enfermedad concreta. Por ejemplo, un adulto que tiene un infarto cerebral en un momento de la vida en que sigue siendo activo profesional o sexualmente, puede informar de efectos sobre áreas de la calidad de vida distintos de los que referirían los pacientes con infarto cerebral mayores jubilados (por ejemplo, Ferro y Crespo, 1994). Sin embargo, no se ha concluido que la edad sea un factor de predicción de la calidad de vida en un estudio longitudinal a un año de supervivientes de un infarto cerebral con edades comprendidas entre los 32 y los 90 años (Carod-Artal, Egido, Gonzalez *et al.*, 2000), y son importantes otros factores, como la incapacidad física, un estado de ánimo deprimido o el sexo (las mujeres tenían peor calidad de vida).

Se ha relacionado la incapacidad de volver a trabajar con el deterioro de la calidad de vida entre los más jóvenes que han padecido un infarto cerebral agudo (por ejemplo, Niemi *et al.*, 1988) y, aunque la vuelta a la vida laboral no es un problema que tengan que afrontar muchos mayores, hay un creciente interés médico y social en cómo mantener la actividad de los mayores. El mantenimiento de la calidad de vida y la promoción de un envejecimiento sano, positivo y de éxito tiene cada vez más importancia dado el envejecimiento de la población en la mayoría de nuestras sociedades (Baltes y Baltes, 1990; Grundy y Bowling, 1999). El objetivo de los planteamientos sobre un envejecimiento saludable consiste en minimizar la dependencia (física y/o emocional) que, a su vez, es de esperar, reducirá los «costes» para nuestra sociedad de la provisión de la atención sanitaria para una población cada vez más envejecida. Los estudios sobre los mayores han concluido que las áreas vitales de importancia son el buen funcionamiento físico, el tener relaciones con los demás y mantener una actividad sana y social. En comparación con las muestras más jóvenes, los

mayores tienen más probabilidades de mencionar la independencia, o el miedo a perderla y pasar a ser dependientes (Bowling, 1995b). Blane, Higgs, Hyde y Wiggins (2004) han analizado las influencias sobre la calidad de vida de 300 individuos con edades comprendidas entre los 65 y los 75 años, y han concluido que los problemas de salud graves y limitadores eran los que mejor permitían predecir la calidad de vida, siendo también factores de predicción la seguridad de tener una vivienda, recibir prestaciones no contributivas y (sólo para los hombres) los años sin trabajar. Cuando se padecía una enfermedad limitadora, las áreas de importancia pasaban a estar más centradas en el funcionamiento físico y la actividad, el apoyo social y el contacto social. Se suele concluir que el tipo de enfermedad es menos importante para la calidad de vida que el nivel de incapacidad física resultante, siendo las limitaciones de la actividad o el papel social un factor de predicción negativo de las puntuaciones de la calidad de vida, tanto física como mental. Las enfermedades crónicas no limitadoras no afectaban a la calidad de vida en el estudio de Blane *et al.* Un importante objetivo global de las intervenciones para mejorar la calidad de vida, independientemente del tipo de enfermedad (aunque el papel físico puede verse amenazado por algunas enfermedades más que por otras) debería, por tanto, ser la mejora y el mantenimiento del funcionamiento social y físico. Por tanto, en la madurez la calidad de vida sigue siendo multidimensional e, incluso entre los mayores «muy mayores» (es decir, con 85 o más años), la calidad de vida incluye el bienestar psicológico, social y en el entorno (Grundy y Bowling, 1999). El recuadro de CUESTIONES (véase más abajo) aborda el problema de si se puede tener calidad de vida al final de la vida o no, debido, o bien al envejecimiento, o bien a una enfermedad terminal.

Cuestiones

La calidad de vida al final de la vida

Aunque en el Reino Unido la mayoría de los fallecimientos se producen en un hospital, la atención de los moribundos suele realizarse en su propio hogar hasta que se alcanza un punto en el que los cuidadores ya no pueden proporcionar la atención necesaria o la medicación y se produce la hospitalización en hogares de acogida o en residencias. El movimiento hacia las residencias se desarrolló a finales de la década de 1960 tras admitirse que los hospitales tradicionales, con sus rutinas, su énfasis en el tratamiento y su ambiente despersonalizado, no eran los más idóneos para proporcionar atención a los moribundos (Saunders y Baines, 1983). Elizabeth Kubler-Ross (1969) destacaba en este momento los aspectos psicológicos y emocionales de la muerte y la necesidad de «escuchar al paciente moribundo». Por tanto, se desarrolló el movimiento de las residencias con la perspectiva de proporcionar una atención que facilitase una calidad de vida óptima, tanto para los pacientes como para sus familiares, al acercarse la muerte. Esto requiere que los pacientes no tengan dolor, no padezcan demasiadas incomodidades, conserven cierta dignidad y control y puedan mantener relaciones con sus seres queridos en un entorno atento y compasivo. También se ha concluido que una buena calidad de vida cuando se llega al

final de ésta tiene que tener en cuenta la necesidad de los pacientes de seguir siendo todo lo independientes que sea posible para no «cargar» (véase una sección posterior) a su cuidador (por ejemplo, Gill, Kaur, Rummans, Novotny y Sloan, 2003). También es importante que se apoyen las necesidades de los cuidadores para que puedan proporcionar al paciente la ayuda que sea necesaria durante los últimos días y semanas de su vida (comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud, 1990). Por tanto, las residencias proporcionan este tipo de entorno, aunque las camas de estas residencias siguen estando reservadas fundamentalmente para los pacientes de cáncer (Seale, 1991). Sin embargo, ¿marcan la diferencia estas residencias?

Los cuidadores de pacientes que han fallecido en las residencias señalan que «sus» pacientes eran más conscientes de que se estaban muriendo que los cuidadores cuyos pacientes habían muerto en el hospital, tal vez reflejando la filosofía de apertura que se promueve en las residencias (ibíd.). Esta apertura respecto a la muerte puede permitir una mayor preparación ante la muerte y el duelo entre los pacientes y sus cónyuges cuidadores que, a su vez, se ha relacionado con menores niveles de *malestar* emocional (por ejemplo, Chochinov, Tatary, Wilson *et al.*, 2000). Sin embargo, no se encuentra consistencia en estas diferencias positivas atribuidas al cuidado en las residencias; por ejemplo, Seale y Kelly (1997) no encontraron una diferencia entre la atención en las residencias y en los hospitales en cuanto a la atención y el apoyo proporcionado a los cónyuges. En términos positivos, esto podría reflejar la naturaleza cambiante de la atención hospitalaria hacia una atención holística, psicosocial o, pensando en términos menos positivos, una creciente medicalización de las residencias (Crossley y Small, 1998).

Siempre que un individuo afronta la muerte como resultado de una enfermedad de larga duración, las cuestiones como «una buena muerte» y «una muerte digna» adquieren predominancia y acarrear muchos debates éticos y morales. ¿Cuándo debe interrumpirse el tratamiento? ¿Cuánto dolor puede soportar un individuo y durante cuánto tiempo? ¿Debe resucitarse a una persona que se está muriendo y que ha padecido un gran dolor si pierde la conciencia? ¿Debe permitirse que una persona que tiene una enfermedad terminal con un inevitable declive hasta la muerte (como el muy conocido caso de Diane Petty², que tenía una parálisis física total pero ningún problema mental debido a una enfermedad de las neuronas motrices solicite un suicidio asistido? La investigación ha demostrado consistentemente que las personas mayores no tienen miedo a la propia muerte, como los jóvenes, sino que están más preocupadas por el proceso de fallecer y el miedo a morir con dolor o sin dignidad ni autocontrol (por ejemplo, Chochinov, Hack, Hassard *et al.*, 2002; McKiernan, 1996; Strang y Strang, 2002).

La forma en que una persona muere, e incluso dónde lo va a hacer, es, inevitablemente, una decisión personal. La elección de «cuándo» morir es mucho más compleja. Las «directivas anticipadas» son cada vez más frecuentes, y son utilizadas por los individuos para indicar sus deseos de intervención médica (o no) cuando llegue el momento de que sean incapaces de comunicar sus deseos. Se suele admitir la práctica de no tratamiento de una persona moribunda (eutanasia pasiva) como parte inevitable de la medicina; sin embargo, la eutanasia activa, en términos de realizar una acción que pone un final efectivo a la vida (como la administración de una dosis letal de adrenalina) es mucho menos

² N. de los R.: en España alcanzó una gran notoriedad el caso de Ramón Sampedro, tetrapléjico desde los 25 años que pidió públicamente ayuda para morir (y lo consiguió finalmente en 1998, tras 30 años postrado en la cama).

frecuente. Van der Heide *et al.* (2003), en un estudio de las prácticas de decisiones sobre cómo poner punto final a la vida en seis países europeos, concluyeron que la aceleración explícita de la muerte variaba desde menos del 1 por ciento en Dinamarca, Italia, Suecia y Suiza hasta el 1,82 por ciento en Bélgica y el 3,4 por ciento en Holanda. La legalidad del suicidio asistido, o eutanasia, también varía, desde estar totalmente prohibido (por ejemplo, en Italia) a una prohibición, excepto en determinadas circunstancias (por ejemplo, Bélgica y Holanda).

La legislación sobre los derechos humanos, el deseo de tener control sobre nuestra vida, y el hecho de que el mundo afronta una población envejecida, en la cual habrá muchos que vivirán muchos años con una mala salud crónica, sugiere que los temas relacionados con la eutanasia seguirán de actualidad y es posible que aumenten.

¿Han afectado sus propias experiencias personales con la muerte, si es que ha tenido alguna, a su forma de pensar sobre cómo quiere morir si tiene la posibilidad de elegir? ¿Qué cree usted que proporciona «calidad de vida» al final de la vida?

■ Cultura y calidad de vida

El Capítulo 1 describía cómo se ve la propia salud de manera ligeramente distinta en las culturas occidentales y no occidentales, identificándose una perspectiva de la salud occidental individualista y una oriental colectivista. Yan y Sellick (2004) señalan que la cultura influye sobre muchos factores relevantes para los juicios de valor sobre la calidad de vida, como las respuestas al dolor, las actitudes y la utilización de medicinas y tratamientos tradicionales u occidentales, los conceptos de dependencia y la cultura de comunicación. Aunque su estudio longitudinal de los pacientes de cáncer chinos revelaba muchas de las respuestas psicosociales y emocionales al cáncer gastrointestinal referidos en los estudios occidentales, los autores señalan que su muestra difería de las muestras occidentales en su énfasis en el apoyo familiar y en la indicación indirecta de *malestar* de los pacientes mediante la referencia de los síntomas en vez de a través de una comunicación interpersonal directa. El papel de la cultura y de los valores y creencias subyacentes sobre la salud, la enfermedad y la calidad de vida debe, por tanto, tenerse en cuenta en cuanto a su influencia sobre la calidad de vida referida por el propio individuo. Como observaba Bullinger (1997: 816): «si la enfermedad, como sugieren los estudios antropológicos, está tan marcada por la cultura, ¿cómo puede pensarse que la calidad de vida no estará influida por la cultura?». Desde un punto de vista conceptual, se ha demostrado que el significado de la salud y de la enfermedad depende de las normas culturales y de las experiencias de salud, enfermedad y atención sanitaria, así como de los distintos sistemas de creencias, como la creencia china en la necesidad de mantener un equilibrio entre el *yin* y el *yang*, o como en algunas creencias tribales en lo sobrenatural. En el capítulo inicial describíamos estas distintas creencias. Las diferencias culturales también pueden afectar a cómo se valora la calidad de vida (*véase* el apartado posterior sobre la medición de la calidad de vida).

■ Aspectos de la enfermedad y calidad de vida

Resulta bastante frecuente que no se pueda predecir la calidad de vida mediante la gravedad de la enfermedad y los síntomas asociados, determinados de forma objetiva. Además, entre los cuidadores se ha demostrado también que la gravedad de los síntomas o la incapacidad del atendido no reducen inevitablemente la calidad de vida del cuidador. Volveremos sobre este tema en el Capítulo 15. La conclusión de que la gravedad de los síntomas, o el grado de incapacidad, no predice de forma consistente la calidad de vida, pone de relieve el carácter subjetivo de este concepto, por lo que no debería sorprender al lector que los juicios de valor sobre la calidad de vida, al igual que en el caso del estrés y la enfermedad, analizados en capítulos anteriores, depende de las diferencias individuales de la valoración y subsiguiente afrontamiento de la mala salud. También pone de relieve el hecho de que la calidad de vida es, por definición, algo relativo a las cosas que valoran los individuos en la vida, y que la enfermedad o la incapacidad física pueden, o no, cambiar esas percepciones. La mayoría de las medidas disponibles suponen que la enfermedad perturbará muchas áreas de la calidad de vida y, sin embargo, tal y como señalan Carr y Higginson (2001: 1.359): «si (las mediciones normalizadas) no abarcan áreas que son importantes para los pacientes individuales, puede que no sean medidas válidas en el caso de dichos pacientes».

Sin embargo, en muchos casos, la enfermedad sí que afecta a la calidad de vida. Por ejemplo, el dolor persistente y generalizado, y la incapacidad, suelen estar relacionados con una menor calidad de vida, que se refleja, por ejemplo, en depresión, incapacidad y utilización de la atención sanitaria (véase el Capítulo 16). Ferrucci, Baldasseroni, Bandinelli *et al.* (2000), han analizado el grado en que se relacionaba la gravedad de la enfermedad en los pacientes de infarto cerebral, enfermedad de Parkinson o enfermedades cardiovasculares con su calidad de vida relacionada con la salud. Concluyeron que la relación entre la gravedad de la enfermedad y la calidad de vida relacionada con la salud no era lineal para todos los pacientes estudiados: en el infarto cerebral menos grave y en los casos de enfermedad cardiovascular más grave había, de hecho, una relación con la calidad de vida; en el caso de la enfermedad de Parkinson sí existía una relación lineal por la que se relacionaba una enfermedad de Parkinson grave con una menor calidad de vida relacionada con la salud. En otras palabras, la gravedad de la enfermedad no está relacionada de manera inevitable o consistente con una menor calidad de vida relacionada con la salud, por lo que es necesario analizar las relaciones específicas con la enfermedad.

Para los que tienen enfermedades neurológicas, como la enfermedad de Parkinson, las disfunciones cognitivas, como el deterioro de la memoria o los déficit de atención, pueden perturbar áreas clave de la calidad de vida, como el funcionamiento físico y psicosocial. Además, los déficit de memoria pueden dificultar que algunos individuos evalúen su situación actual respecto a una situación anterior para hacer juicios de valor significativos sobre la calidad de vida (Muller, 2001). Tal vez sea ésta la razón por la que los pacientes con dificultades cognitivas también han sido objeto de

una menor atención de la investigación (*véase también* la sección posterior sobre medición de la calidad de vida).

■ Aspectos del tratamiento y la calidad de vida

El propio tratamiento también afecta a la calidad de vida. La mayoría de los estudios que analizan los efectos del tratamiento sobre la calidad de vida lo hace para poder determinar su efecto sobre poblaciones concretas, o para comparar cuál de las distintas alternativas de tratamiento se relaciona con los mejores resultados en términos de calidad de vida. Por ejemplo, en el cáncer, las puntuaciones de la Escala de Calidad de Vida para Oncología Pediátrica (cáncer en los niños; Goodwin, Boggs y Graham-Pole, 1994) diferían entre los grupos que recibían distintos tratamientos; por ejemplo, los niños sometidos a un tratamiento intensivo mostraban una peor calidad de vida que los niños afectados por una enfermedad en remisión (Bijttebier, Vercruyse, Vertommen *et al.*, 2001).

Muchas evaluaciones del tratamiento realizadas como parte de un ensayo aleatoriamente controlado de tratamientos nuevos o comparables incluyen algún indicador de la calidad de vida, como la sintomatología, el funcionamiento físico o la vuelta al trabajo. Sin embargo, todavía hay pocos que han adoptado medidas «centradas en el paciente», que invitan a los pacientes a describir los resultados que son importantes para ellos en cuanto a su calidad de vida (Carr y Higginson, 2001). Sin embargo, se trata de un área de investigación y evaluación que se está generalizando, sobre todo en las investigaciones sobre el cáncer o el dolor. Por ejemplo, se han realizado varios estudios para valorar el impacto del trasplante de médula ósea en los pacientes de leucemia. En un estudio británico, Watson, Buck, Wheatley *et al.* (2004) analizaron los resultados en términos de calidad de vida de un gran número (481) de pacientes que habían participado en un ensayo aleatorio de uno de dos tipos de trasplante de médula ósea (ambos precedidos de una quimioterapia intensiva) comparados con un programa de tan sólo quimioterapia intensiva. Al hacer un seguimiento de los participantes al cabo de un año, los pacientes que habían recibido el trasplante de médula ósea manifestaron tener una mayor fatiga, más problemas en sus relaciones sexuales y sociales, y problemas para trabajar y realizar actividades de ocio. Además, la recepción de la médula ósea de un familiar tenía un mayor efecto negativo sobre los índices de la calidad de vida que el trasplante proveniente de un donante desconocido o que el grupo de quimioterapia. Un estudio holandés sobre funcionamiento psicológico y calidad de vida tras un trasplante de médula ósea concluyó que la cuarta parte de los pacientes seguía experimentando significativas limitaciones funcionales en el seguimiento realizado al cabo de tres años, aunque casi el 90 por ciento de la muestra total (incluyendo pues a muchos de los que tenían limitaciones funcionales) mostraba que su calidad de vida era de buena a excelente (Broers, Kaptein, Le Cessie *et al.*, 2000). Aunque los efectos del trasplante de médula ósea sobre la calidad de vida parecen, a partir de estos datos, duraderos, otro estudio de pacientes holandeses realizado por Helder, Bakker, de Heer *et al.* (2004) concluyó que la

mayoría de las puntuaciones de las áreas de la calidad de vida en jóvenes adultos que eran niños (con una media de edad de 11 años) cuando fueron sometidos al trasplante de médula ósea no era significativamente inferior a las encontradas en un grupo de comparación de jóvenes adultos sanos. Por ejemplo, los que habían sido sometidos a un trasplante de médula ósea en la infancia entre 6 y 12 años antes no tenían menores puntuaciones en cuanto a funcionamiento físico o de su papel social, dolor o vitalidad, salud mental, funcionamiento social y emocional que los participantes sanos, aunque su salud general estaba clasificada por debajo (utilizando la medida SF36; véase más adelante). Estas conclusiones sugerirían que la experiencia en la infancia de una enfermedad grave que requiere un tratamiento intensivo y un prolongado periodo de ajuste no tiene efectos duraderos en la edad adulta, aunque estas conclusiones deben ser moderadas por el hecho de que el estudio incluía una muestra relativamente pequeña, era un estudio transversal y no evaluaba toda una serie de factores distintos que podrían haber contribuido a la calidad de vida de los supervivientes del trasplante de médula ósea, como los recursos en términos de apoyo social.

■ Influencias psicosociales sobre la calidad de vida

Entre las poblaciones físicamente sanas, se ha relacionado la existencia de problemas de ansiedad con una mala calidad de vida (por ejemplo, Mendlowicz y Stein, 2001). Entre los que tienen una enfermedad física, también se ha demostrado que las respuestas emocionales afectan a la calidad de vida. Por ejemplo, se ha descubierto que tanto los síntomas de depresión como de ansiedad medidos a los quince días de un ataque al corazón predicían una baja calidad de vida a los cuatro meses, aunque la variable de predicción que tenía más fuerza era la depresión (Lane, Carroll, Ring *et al.*, 2000). Análogamente, entre 568 pacientes de cáncer, la ansiedad y la depresión estaban, ambas, relacionadas con las dimensiones de la calidad de vida de funcionamiento emocional, físico y social, dolor, fatiga (sólo la depresión) y calidad de vida global, aunque, al igual que en el estudio de Lane, la depresión tenía una relación más fuerte (Skartstein, Aass, Fossa *et al.*, 2000).

Los estudios sobre el impacto del dolor sobre el bienestar del paciente pueden ofrecer cierta explicación sobre por qué la depresión se relaciona frecuentemente con la calidad de vida, ya que el dolor está fuertemente relacionado con un estado de ánimo deprimido (véase el Capítulo 16). Un estudio que analizaba tanto el dolor como la depresión es el de Rosenfeld, Breitbart, McDonald *et al.* (1996), que realizaron un estudio prospectivo de más de 400 pacientes de SIDA en Nueva York; el 63 por ciento de los pacientes manifestó haber tenido un dolor frecuente o persistente en las dos semanas anteriores. La comparación de las puntuaciones de una serie de índices de la calidad de vida entre los que actualmente estaban experimentando dolor y los que no, reveló significativas diferencias entre los grupos en cuanto a *malestar* psicológico, depresión, sentimientos de indefensión y calidad de vida global. Los análisis tuvieron en cuenta otras posibles influencias sobre los índices de la calidad de vida, como la edad o el

sexo, y el apoyo social (que, en sí, era un factor de predicción independiente del *malestar*). Estos resultados son consistentes con muchos estudios sobre el dolor, y demuestran que el dolor afecta a una amplia gama de funciones psicosociales. También es importante la conclusión de que la raza tenía una significativa relación con la calidad de vida y el *distrés*, ya que los pacientes que no eran de raza blanca informaban de una peor calidad de vida y estaban más angustiados. Los autores analizan si se debía a diferencias en el acceso a programas de control del dolor, o si reflejaba otros factores que no se tuvieron en cuenta en el estudio, como las variables socioeconómicas o el estrés vital, que pueden ser perjudiciales para las valoraciones que realizan estos individuos sobre su calidad de vida. Estas conclusiones ponen de relieve que hay que tener en cuenta varios factores cuando se intenta determinar qué es lo que permite «predecir» la calidad de vida: la existencia o inexistencia de dolor; la existencia o ausencia de un estado de ánimo deprimido; los niveles de apoyo social, la etnia y otros factores de estrés subyacentes que pueden estar produciéndose de forma independiente del proceso de enfermedad estudiado.

En cuanto a la respuesta de afrontamiento, Carver, Scheier y Pozo (1992) señalan que el afrontamiento por evitación será probablemente beneficioso para la calidad de vida en aquellas situaciones en las que el individuo es incapaz de ejercer control, y sugieren que el planteamiento de superación en estas situaciones podría llevar a la frustración cuando no se tiene control. Otros sugieren que el mantenimiento de una buena calidad de vida en situaciones relativamente inalterables, como las que padecen individuos con un dolor crónico, puede exigir que el individuo haga frente a la situación mediante un afrontamiento de aceptación o una reinterpretación positiva (McCracken, 1998). Por ejemplo, McCracken y Eccleston (2003), en un estudio de 230 adultos con dolor crónico, concluyeron que el afrontamiento era débil respecto a la aceptación del dolor y tenía una relación poco fiable con el ajuste pero que, entre los que sí que mostraban una aceptación de su dolor, muchos indicadores de la calidad de vida eran superiores, incluyendo una menor sintomatología e incapacidad por el dolor, menos depresión y ansiedad relacionada con el dolor, una mayor cantidad de tiempo del día que se pasa haciendo cosas, y una mayor probabilidad de estar trabajando. Estas conclusiones destacan el hecho de que, tal y como se analizó en el Capítulo 12, no hay una estrategia de afrontamiento que sea inherentemente mejor que otra, y que el afrontamiento es individual y contextual y cambiará a lo largo del tiempo y en función del lugar, dependiendo de las demandas y recursos disponibles para ese individuo.

En cuanto a los recursos que pueden utilizar los individuos cuando tienen que afrontar el estrés o las exigencias que impone la enfermedad, en los capítulos anteriores se han puesto de relieve el papel crucial del apoyo social. Se suele considerar que el apoyo social percibido es importante para el bienestar personal, y se han encontrado muchas relaciones positivas entre el apoyo social percibido, el afrontamiento y el ajuste a una enfermedad crónica. Sin embargo, no siempre queda clara la dirección de la causalidad entre las variables. El desenmarañamiento de la dirección de las relaciones entre recursos o variables de afrontamiento y resultados



de la enfermedad, como la calidad de vida, requiere estudios con varias oleadas de recopilación de datos que permitan evaluar los cambios de los niveles de apoyo y ajuste, de las respuestas de afrontamiento, etc. En un intento de hacer esta valoración, Burgoyne y Renwick (2004) evaluaron a 41 adultos canadienses con VIH en tres ocasiones durante un periodo de cuatro años y analizaron si los cambios o la estabilidad del apoyo social se relacionaban con los cambios o la estabilidad de la calidad de vida. Aunque el tamaño de la muestra era relativamente reducido, este estudio, bien diseñado, tiene en cuenta las relaciones dinámicas entre la sintomatología de la enfermedad, el apoyo social y la calidad de vida, y analiza la dirección de la causalidad entre estos factores; por ejemplo, ¿provocan los cambios del apoyo social alteraciones en la calidad de vida, o son los cambios en la calidad de vida los que provocan alteraciones en el apoyo social? De forma ligeramente distinta a las expectativas, los análisis revelaron que tanto el apoyo social como la calidad de vida se mantenían relativamente estables durante un periodo de cuatro años, aunque el apoyo social sí que se redujo significativamente en el 40 por ciento de la muestra. Unas puntuaciones peores de la calidad de vida en cuanto al funcionamiento mental tendían a predecir un menor apoyo emocional e informacional percibido posterior, pero no quedaba clara la dirección entre la calidad de vida relativa al funcionamiento físico y el apoyo social. Sin embargo, los resultados no mostraron ninguna relación longitudinal fuerte entre el apoyo social y la posterior calidad de vida. En cuanto a los cambios relacionados a lo largo del tiempo de la calidad de vida o el apoyo social, los resultados no revelaron que los cambios de ninguna de estas variables estuvieran relacionados a largo plazo (es decir, del año 1 al año 4), pero había evidencia de una relación entre el año 1 y el año 2 y, sin duda, las dos medidas estaban relacionadas en cada momento particular, dado que los cambios positivos

o negativos del apoyo social tenían una correspondencia con cambios positivos o negativos en distintas áreas de la calidad de vida. Sin embargo, los decepcionantes resultados longitudinales en términos de predicción implican que el apoyo social, y sus efectos sobre la calidad de vida, al menos en este grupo de enfermedad, siguen abiertos al debate y necesitan un estudio diseñado de forma análoga para que se realice con una muestra mucho más amplia.

■ Metas y calidad de vida

La investigación realizada sobre la calidad de vida ha sido criticada en ocasiones por la falta de un modelo teórico en torno al cual desarrollar y probar el concepto de la calidad de vida. Con el objetivo de llenar este vacío se ha recurrido a la teoría de la autorregulación de Carver y Scheier (véase el Capítulo 9), que describe un proceso de consecución de metas ante una perturbación como una enfermedad (1992). Se propone que la perturbación de la consecución de las metas personales que causa una enfermedad crónica y sus consecuencias afectará probablemente a la calidad percibida por una persona (por ejemplo, Echteld, Maes y van Elderen, 1998). En el marco de la autorregulación, la valoración de los sucesos, la valoración de la perturbación de la meta, las expectativas sobre el resultado, la valoración de los recursos y los procesos de afrontamiento se combinan para influir sobre la calidad de vida (por ejemplo, Maes, Leventhal y de Ridder, 1996). Echteld, van Elderen y van der Kamp (2003), por ejemplo, han descubierto que, entre 158 pacientes que habían sido sometidos a una **angioplastia coronaria**, la calidad de vida específica a la enfermedad y el estado emocional positivo tres meses después de la cirugía podía predecirse en función de la calidad de vida anterior a la cirugía, una baja valoración del estrés y un afrontamiento mediante evitación. La perturbación de las metas predecía la calidad de vida específica a la enfermedad y el estado emocional negativo. Boersma, Maes y Joeke (en prensa) también concluyeron que la perturbación de metas de «orden superior» como hacer tareas para otros, o pasarlo bien, tras padecer un ataque al corazón estaba relacionada con la ansiedad, depresión y una menor calidad de vida relacionada con la salud. Es posible que las metas afecten indirectamente a los resultados de la calidad de vida modificando el «significado» que adjudica el individuo a su enfermedad (Taylor, 1983; la teoría de la adaptación cognitiva a la enfermedad, véase más adelante). El «significado» de la enfermedad ha sido definido como «la comprensión que tiene el individuo de las consecuencias que tiene la enfermedad sobre uno mismo, las relaciones con los demás, las prioridades y las metas futuras», y, como tal, se ha demostrado que influye sobre el bienestar y el ajuste, por ejemplo entre los pacientes de cáncer (por ejemplo, Fife, 1995, citado en Walter *et al.*, 2004: 467). El análisis de las metas personales (tanto cotidianas como metas de orden superior) y su consecución, o no, debido a una mala salud es, por tanto, una vía de investigación potencialmente útil.

Angioplastia coronaria
Un procedimiento por el que se introduce un pequeño globo en una arteria coronaria obstruida de una persona que padece un **ateroma**.

Medición de la calidad de vida

Se han sugerido varias razones fundamentales sobre la razón por la que resulta útil evaluar la calidad de vida en la práctica clínica (por ejemplo, Higginson y Carr, 2001). Incluyen:

- *Medidas para informar*: para aumentar la comprensión sobre el impacto multidimensional de la enfermedad y de los factores que lo moderan, a fin de (1) informar las intervenciones y las mejores prácticas, y (2) informar a los pacientes sobre los resultados del tratamiento o los posibles efectos secundarios para que puedan estar preparados o para poder obtener recursos de apoyo. Por ejemplo, Ganz *et al.* (1993) entrevistaron a 227 mujeres que acababan de ser diagnosticadas de cáncer de mama y las entrevistaron de nuevo un año más tarde. Algunas de las dificultades que identificaron estas mujeres incluían una excesiva ganancia de peso y disfunción sexual. Si se discutían estas consecuencias con las pacientes en una etapa temprana, se podían «preparar» mentalmente para afrontar estas dificultades y, por tanto, se minimizaba su impacto. También se pueden utilizar estudios descriptivos para informar a los pacientes y a sus familias sobre probables experiencias del tratamiento, de forma que se puedan hacer las elecciones al respecto. Por ejemplo, Fallowfield *et al.* (1990) concluyeron, tras una revisión de la literatura sobre la cirugía del cáncer de mama, que no hay una evidencia definitiva de que los procedimientos por los que no se extirpa la mama (cirugía de preservación del seno) tengan resultados psicosociales y de calidad de vida más favorables que la mastectomía (aunque algunos estudios sí que han concluido que se tiene una mejor imagen corporal y un mejor funcionamiento sexual en las pacientes que han tenido cirugía de preservación del seno). Los proveedores de la atención sanitaria pueden proporcionar este tipo de información para ayudar a los pacientes a tomar su decisión.
- *Medidas para evaluar las alternativas*: las medidas de la calidad de vida se pueden utilizar como una forma de «auditoría» clínica para identificar las intervenciones que logran los «mejores» resultados para el paciente, pero también, con frecuencia, en cuanto a costes. En medicina (y en la economía de la salud), ha surgido un concepto relacionado denominado *años de vida ajustados por calidad* (AVAC o su equivalente inglés, *Quality-Adjusted Life Years*, QALY). Se puede considerar que los diferentes tratamientos aumentan la duración de la vida y la calidad de vida en distinta medida y, si se asignan ponderaciones a los distintos tratamientos y se valoran frente al coste real del tratamiento, se pueden utilizar el índice AVAC para informar las decisiones sobre el tratamiento médico. Por ejemplo, dos tratamientos para el cáncer pueden ofrecer los mismos beneficios en términos de supervivencia, pero la calidad de vida y el AVAC pueden ser peores durante y después de un tratamiento que del otro; o puede que un tratamiento sea más barato que el otro

cuando ambos tienen el mismo efecto sobre la mejora de la calidad de vida. Brewster, Hackett, Morrison *et al.* (2004) han revisado las influencias sobre las actitudes de los profesionales sanitarios y del público en general respecto al tratamiento del cáncer en los mayores y concluyeron que las decisiones hipotéticas sobre el tratamiento solían estar más influidas por las ganancias de años de vida, seguidas de las ganancias de la calidad de vida, la gravedad de los efectos secundarios y, finalmente, la edad del paciente. En este estudio no se analizó el coste económico del tratamiento.

- *Medidas para promocionar la comunicación:* aunque es improbable que sea la principal motivación para realizar una evaluación de la calidad de vida en un entorno clínico, la participación de los pacientes en la evaluación de la calidad de vida puede requerir que los profesionales sanitarios aborden áreas que, de lo contrario, no habrían abordado, por ejemplo sobre la satisfacción del tratamiento, las relaciones familiares, las actividades de ocio o el funcionamiento sexual. Esto proporcionará a los profesionales sanitarios una visión más holística del impacto que ha tenido la enfermedad o el tratamiento sobre su paciente, y podría ayudar a tomar decisiones sobre el tratamiento o la atención sanitaria futuros.

Independientemente de cuál sea la motivación para evaluar la calidad de vida, un tema fundamental que tienen que abordar los investigadores o los clínicos es el relativo a la elección del instrumento o técnica de evaluación. Si aceptamos que la calidad de vida es un concepto multidimensional, dinámico y subjetivo, ¡su medición tendrá, inevitablemente, que superar muchos retos!

Leventhal y Colman (1997) afirman que la calidad de vida debería estudiarse, no sólo en cuanto a los resultados, sino también como un proceso que está influido por las percepciones que tienen los individuos de las diversas áreas de sus vidas, incluyendo sus percepciones sobre cualquier enfermedad y su tratamiento (*véase* el Capítulo 9) y las ponderaciones o importancia que asignan a sus percepciones en un momento dado. No defienden que se evalúe la calidad de vida independientemente de sus posibles elementos constituyentes, por ejemplo, funcionamiento físico, emocional y social, sino que debe considerarse cada uno como un factor independiente, como posibles determinantes de la calidad de vida. Los cambios de cualquiera de estos determinantes influirán sobre los cambios en la calidad de vida (*véase* la Figura 14.1). Este modelo de proceso ha sido generalmente aceptado en los estudios de investigación psicológica donde se utilizan medidas de los determinantes, así como medidas genéricas o específicas de la calidad de vida, como se verá en el siguiente análisis de estas medidas.

Medidas genéricas de la calidad de vida frente a medidas específicas

Aunque las áreas globales de la calidad de vida descritos por el grupo sobre calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL) y destacadas al inicio de este capítulo han sido respaldados en muchos

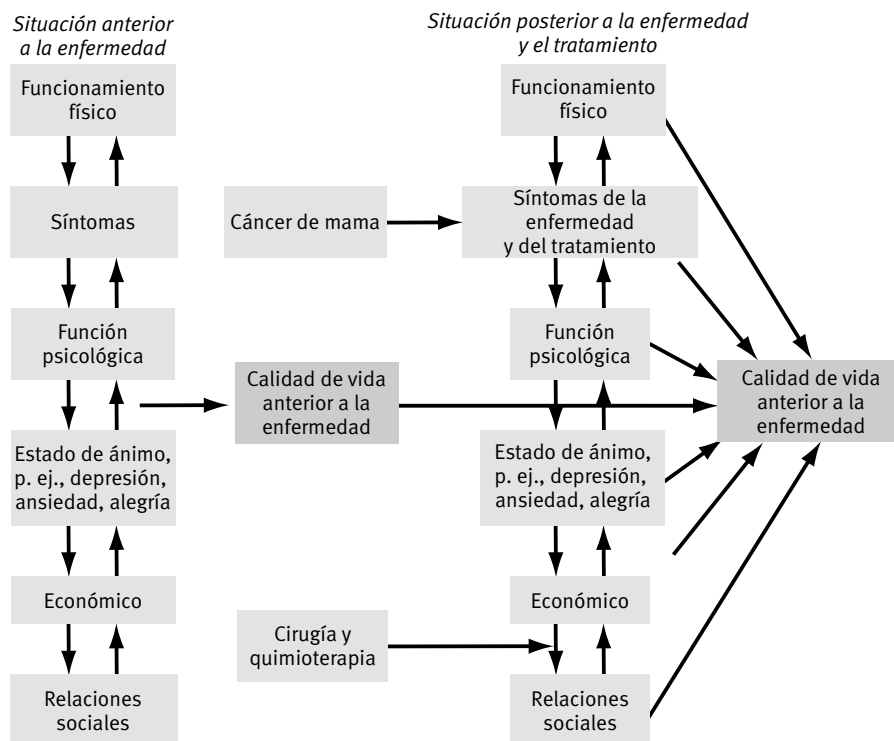


Figura 14.1 El proceso de la calidad de vida anterior y posterior al cáncer de mama. La medida inicial de la calidad de vida se ve alterada por el efecto que tienen la enfermedad y el tratamiento sobre cada una de las áreas. Los cambios del funcionamiento posterior a la enfermedad están ponderados y provocan alteraciones en la calidad de vida posterior a la enfermedad.

Fuente: Leventhal y Coleman (1997: 759).

estudios empíricos, sigue abierta la cuestión de si hay que adoptar una medida genérica, o global, de la calidad de vida, como la del grupo WHO-QOL o una medida específica para la enfermedad que se está estudiando. Las medidas genéricas utilizadas frecuentemente incluían Cuestionario de Salud SF36 (el formato breve del denominado Estudio de los Resultados Médicos, Stewart y Ware, 1992); el perfil de salud de Nottingham (NHP; Hunt, McEwan y McKenna, 1986); y el EUROQOL (grupo Euroqol, 1990). En lo que respecta a las medidas específicas para la enfermedad, existe un creciente número disponible, como las desarrolladas para los pacientes de cáncer (por ejemplo, EORTC; Aaronson, 1993), asma (por ejemplo, Hyland, Bellesis, Thompson *et al.*, 1996), artritis (por ejemplo, AIMS-1, 2; Meenan y Mason, 1990), o la enfermedad de Parkinson (véase la revisión por Marinus, Remaker, van Hilten *et al.*, 2002).

Ambos tipos de medidas tienen ventajas e inconvenientes. Las medidas genéricas, aunque permiten comparar distintos grupos de enfermedades, no suelen abordar algunos de los temas de la calidad de vida exclusivos para una enfermedad: por ejemplo, en el caso del cáncer, los temas relativos al temor a las recidivas o a los efectos secundarios de la quimioterapia; y en la infección por VIH, los temas relativos a las pruebas del VIH y a

informar a los demás de tener un diagnóstico positivo (como se aborda en la medida WHOQOL-HIV). Por tanto, las medidas específicas de la enfermedad tienen un «valor añadido» en tanto en cuanto se abordan estos temas, pero no ofrecen la misma capacidad de comparación entre enfermedades. Esta capacidad de comparación permite plantear preguntas como «¿El cáncer reduce la calidad de vida más que una enfermedad cardíaca?», una cuestión de interés tal vez en términos de asignar los recursos de apoyo de la comunidad.

Medidas individualizadas de la calidad de vida

Otra opción disponible para los investigadores de la salud consiste en utilizar medidas individualizadas de la calidad de vida. Los instrumentos individuales de la calidad de vida obvian las dimensiones de muchos instrumentos genéricos y específicos de la enfermedad y permiten a los entrevistados elegir las dimensiones y preocupaciones que les son relevantes y valorarlas (*véase* el recuadro sobre HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN). Un ejemplo es el programa de evaluación de la calidad de vida individual (SEIQoL; O'Boyle, McGee, Hickey *et al.*, 1992, 1993), que invita a los individuos a identificar cinco aspectos de la vida que les son importantes (es decir, «¿Cuáles son las cinco áreas más importantes de su vida en la actualidad: las cosas que hacen que su vida sea relativamente feliz o triste en determinado momento... las cosas que considera que son determinantes de su calidad de vida?»). A continuación los individuos califican su nivel actual de funcionamiento en cada una de ellas, asignan una ponderación de importancia a cada aspecto y clasifican lo satisfechos que están actualmente con cada uno de ellos. Los aspectos de la vida que se mencionan con más frecuencia en el caso de los pacientes de sustitución de cadera del estudio original fueron la familia, las actividades de ocio, la independencia, la felicidad, la economía y la religión, siendo muy similares para los sujetos de control, aunque mencionaban la salud con más frecuencia que los pacientes. Tal vez fuera importante para los participantes sanos conservar la salud y, por tanto, estos participantes la mencionaban, mientras que aparecía con menos preponderancia entre la muestra de pacientes porque, tal vez, habían tenido que reajustar sus metas y valores vitales y ya no clasificaban la salud como una de las áreas más importantes de sus vidas, aunque no se analizó este tema en el estudio.

Aunque los métodos individualizados de evaluación reconocen la subjetividad de la calidad de vida, estos métodos requieren mucho tiempo y procesos relativamente complejos que los críticos sugieren que podrían excluir su utilización con determinadas poblaciones. En relación con este punto, Jenkinson, Fitzpatrick, Garrat *et al.* (2001) han adoptado la tecnología para que la evaluación de la calidad de vida sea más rápida, portátil y, posiblemente, más adaptable a situaciones clínicas. Describen un método de evaluación conocido como el sistema de evaluación dinámica de la salud (DYNHA; *véase* www.qualitymetric.co), que es un breve instrumento informático basado en el SF36. Se seleccionan los elementos para la

Hallazgos de la investigación

Generación de creencias individualizadas sobre la calidad de vida

Stenner, Cooper y Skevington (2003). Putting the Q into quality of life: the identification of subjective constructions of health-related quality of life using Q methodology. *Social Science and Medicine*, 57: 2161-2172.

Objetivos subyacentes

Las medidas sobre la calidad de vida tienen que valorar el punto de vista del paciente individual. Esto hace que la «estandarización» de la medición sea un objetivo difícil, ya que los factores que conforman la calidad de vida percibida por una persona pueden ser muy distintos de los factores que conforman el mismo «nivel» de calidad de vida para otra. Este tema ha sido abordado en un interesante estudio de Stenner, Cooper y Skevington (2003), que utilizaron una técnica ideográfica, es decir, una técnica en la que cada participante identifica aspectos de la calidad de vida que son importantes para él.

Método

La técnica concreta adoptada fue la metodología «Q», por la que los participantes ordenan un conjunto de 52 afirmaciones sobre la calidad de vida (desarrolladas a partir de WHOQOL y de otras fuentes) en grupos en función de su importancia para ellos (menos importante, neutro, más importante) y después vuelven a los tres grupos y clasifican cada afirmación del grupo en una escala que va de -5 para las menos importantes, a 0 para las afirmaciones neutras y +5 para las afirmaciones extremadamente importantes. De esta manera, 90 participantes sanos produjeron lo que se conoce como su propia clasificación Q. A continuación analizan su clasificación Q y comentan por qué han considerado que unos elementos son más importantes que otros y si creen que es un reflejo preciso de su visión personal sobre la calidad de vida.

Resultados

Cuando se analizaron estadísticamente, surgieron ocho factores significativos que se interpretó que reflejaban distintas concepciones del significado y la relevancia personal de la calidad de vida:

1. *Familias felices* (quince participantes): el factor en el que recayeron las clasificaciones Q de los individuos mayores (media de 49 años) casados (13). Las relaciones dentro de la familia, y el apoyo de la misma, eran cruciales para estos individuos, mientras que las relaciones y el apoyo de otras personas no pertenecientes a la familia eran considerados menos importantes. Las relaciones y el apoyo familiar eran considerados importantes para la buena salud, un sentimiento de felicidad y la calidad de vida, al igual que, en menor grado, las preocupaciones económicas. Estos individuos valoraban la salud física y la independencia más que el bienestar psicológico o las preocupaciones espirituales.
2. *Poder andar*: este factor incluía a 14 participantes con una edad media menor (34,4 años) con una combinación de individuos casados, solteros y que vivían en pareja. Para estos individuos el bienestar psicológico era central, habiendo aspectos de la calidad de vida que mantenían la elevada clasificación de la independencia. Era importante la necesidad de sentir que se tenía el control, en cuanto a temas

vitales y laborales, y las cuestiones económicas derivadas del éxito laboral estaban relacionadas con sentimientos de autovalía, satisfacción vital y control. Aunque se consideraban importantes las relaciones con los amigos y la familia, la independencia y el control personal sobre los logros eran más importantes. Los estados físicos, como el dolor, no eran tan importantes para la calidad de vida percibida de este grupo, aunque sí lo era la independencia física.

3. *Independencia emocional*: 10 participantes (con una edad media de 30,5 años, la mayoría solteros (6), cinco con educación secundaria) entraron en este factor, ejemplificado por una necesidad de tener bienestar y estabilidad mental y porque el funcionamiento físico no se vea interferido por emociones negativas. La tranquilidad espiritual y la paz interna eran consideradas importantes para el bienestar, aunque no la religión *per se*. Se pensaba que felicidad y paz interna provenían de uno mismo, y del autocontrol de los sentimientos negativos, en vez de la dependencia de la relación con los demás o de los estados físicos.
4. *Simplemente, hágalo*: nueve participantes componían este factor (con una edad similar a la del grupo anterior, 30,4 años, la mayoría (5) solteros y la mayoría (6) con educación universitaria). Este grupo otorgaba una gran importancia a estar activo y tener una vida con sentido, que se lograba «haciendo» cosas que consideraban importantes, por ejemplo, permanecer activos, realizar actividades de ocio, tener una buena vida sexual. Los amigos eran más importantes para este grupo que la familia. Las creencias personales, más que la religión, eran importantes para el bienestar general, que derivaban en la autoestima del autocontrol y la acción.
5. *La vida como un reto positivo*: cinco participantes (con una edad media de 22,8 años, tres solteros, todos con educación universitaria) de este factor ponían de relieve el aprendizaje y el conocimiento como cosas importantes, mientras que el dinero lo consideraban menos importante. Las emociones negativas funcionaban como un medio para permitir que la persona experimentara la vida y, para estos individuos, el sentido de la vida era más importante que el control personal. Las relaciones con los demás, amigos y familiares, se clasificaban más importantes que la salud o la calidad de vida general, aunque la salud pasaba a ser importante si afectaba al funcionamiento diario (nota: esto tiene una buena relación con las revisiones de las percepciones de la salud referidas en el Capítulo 1, donde la salud pasaba a ser más importante cuando se tiene una mala salud).
6. *Nos encomendamos a Dios*: cuatro participantes entraron en este factor, todos ellos jóvenes mujeres (edad media de 25,3 años) que manifestaban ser fieles a las prácticas de su religión. Para estos individuos, el tema dominante era que la vida estaba controlada por «algo» o «alguien» y que la fe en este alguien era crucial. Las creencias personales y el sentido de la vida también eran importantes, siendo la siguiente faceta más importante las relaciones de apoyo de los demás. Este grupo no clasificaba muy alto ni la salud ni la calidad de vida.
7. *Mantener una salud suficiente para ganarse el pan*: este factor incluía cuatro participantes, de los cuales tres eran varones (edad media 44,3 casados, uno separado y ninguno con educación universitaria). Para estos individuos, la salud física era crucial, al igual que el sexo y la movilidad, el tratamiento de los problemas sanitarios y la apariencia externa. La buena salud era considerada como funcional y central para tener orgullo personal, aunque el dinero era importante para mantener el hogar y la familia.

8. *No se puede elegir a la familia*: tres participantes (edad media de 23 años, dos estudiantes universitarios y uno de posgrado). Parecido al grupo de «la vida como un reto positivo» en cuanto a edad y nivel educativo, este grupo difería en tanto en cuanto otorgaba una importancia elevada a las relaciones y al apoyo de los amigos, mientras que la familia carecía de importancia. Se daba importancia a no experimentar sentimientos negativos ni dejar que interfiriesen con el funcionamiento diario. La autoestima y la satisfacción eran importantes, siendo crucial para ello tener salud mental, más que física.

Discusión

Se ha seleccionado este estudio porque este tipo de resultados pone de relieve que, aunque existen ciertos puntos comunes en lo que la gente cree que es importante en su vida (como la importancia de las relaciones, control e independencia), existen muchas diferencias (por ejemplo, el grado en que la espiritualidad es una creencia propia o se basa en una religión; el grado en que se valora el apoyo de los amigos y/o la familia; el grado en que se valora el bienestar mental en comparación con la salud física; y el grado en que se considera que el control es un recurso interno o externo). Estas conclusiones también ponen de relieve que los distintos elementos de la calidad de vida interactúan y que parece probable que haya una secuencia causal; en otras palabras, las cuestiones psicológicas pueden influir sobre los aspectos sociales, económicos y físicos referidos, y viceversa. Se sugieren diferencias interesantes para la edad, el sexo y el nivel de educación, aunque este estudio está limitado al no incluir a participantes de más de 64 años, a ningún desempleado ni a nadie que no fuera de raza blanca y de origen inglés. (La influencia del envejecimiento sobre la calidad de vida percibida se ha abordado anteriormente en este capítulo. Las diferencias de sexo, edad y nivel educativo pueden influir sobre las metas vitales actuales y futuras del individuo, y se ha sugerido que la dirección y la consecución de metas podrían ser influencias importantes sobre la calidad de vida de un individuo. El papel de las metas y de la calidad de vida ha sido analizado en varios estudios que utilizan el marco de autorregulación de Carver y Scheier (por ejemplo, Carver y Scheier, 1981; Carver, Scheier y Pozo, 1992).

evaluación de un conjunto, en función de las respuestas anteriores de los participantes a preguntas generales. La ventaja de este método es que la evaluación está más adaptada a los problemas individuales exclusivos, mientras que los elementos del instrumento SF36 siguen permitiendo la comparación con otros grupos evaluados con el SF36. Se necesitan más estudios que utilicen este método, pero los resultados del estudio de Jenkinson con poblaciones neurológicas resultan alentadores.

Utilidad práctica de las medidas

Cuando las circunstancias de la evaluación lo permiten, la mayoría de los estudios utiliza múltiples medidas y, además de evaluar la calidad de vida multidimensional genérica y/o específica a una enfermedad, por lo general la mayoría también incluye medidas de un resultado unidimensional, como la evaluación del estado de ánimo, el dolor o la discapacidad, que sólo

abordan un aspecto concreto de la calidad de vida. Existe un límite natural del número de cuestionarios que se pueden aplicar a un individuo enfermo, y es importante que los investigadores sean sensibles a este hecho. Un buen instrumento de investigación puede no ser una medida adecuada para administrarlo en un contexto clínico. Por ejemplo, el perfil de limitaciones funcionales lo he encontrado traducido así (Patrick y Peach, 1989) (o su precursor estadounidense, el perfil de impacto de la enfermedad también está bien traducido; Bergner, Bobbitt, Carter *et al.*, 1981), aunque es una medida del resultado bien validada y frecuentemente utilizada, tiene 136 elementos que valoran 12 áreas del impacto potencial de la enfermedad (por ejemplo, autocuidado, movilidad, funcionamiento social, comunicación y emoción) y hacen falta de 20 a 30 minutos para cumplimentarlo, lo que es potencialmente impracticable en muchos entornos clínicos.

Además, algunas enfermedades dificultan la evaluación de las percepciones subjetivas, como la calidad de vida. Las enfermedades que provocan un déficit de comunicación, como las afasias receptivas y expresivas, que son frecuentes tras un infarto cerebral, suelen dar lugar a que estos pacientes queden excluidos de los estudios de autoinforme (por ejemplo, Morrison, Pollard, Johnston *et al.*, 2005), por lo que se suele recurrir a la evaluación a través de allegados (*proxy measures*) cuyas limitaciones se describen más adelante.

En general, se ha producido una proliferación de medidas de la calidad de vida y de los métodos de evaluación a disposición de los investigadores en este campo, y la elección de cada uno dependerá de los objetivos del estudio y de las cuestiones prácticas de la situación de investigación y de la población estudiada. Esto hace que sea bastante difícil comparar los distintos estudios, y muy difícil trasladar las conclusiones de la investigación a la práctica clínica. Aunque el crecimiento de las medidas del grupo WHOQOL puede avanzar en la consecución de la consistencia en la medición, la normalización de los métodos y medidas cuantitativas conlleva el riesgo de perder información sobre el muy personal e individualizado significado de la calidad de vida (*véase* el recuadro anterior de HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN).

Dos factores finales que merecen ser considerados sobre el desarrollo de nuevas medidas, o la elección de los instrumentos existentes (*véase* Bowling, 1995a para la cobertura de muchos instrumentos sobre la calidad de vida), son los de la edad y la cultura del participante.

■ La cultura

Los instrumentos de evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud se han desarrollado fundamentalmente en inglés, lo que significa que para utilizarlos en países con otro idioma es necesario traducirlos. Borden y Fox-Rushby (2003) revisaron el proceso de traducción de los instrumentos, desarrollados generalmente en inglés, en 23 países de África, Asia, Europa del Este, Oriente Medio y Sudamérica. Estos autores concluyeron que en el proceso de traducción se perdía el significado de muchos elementos, y que la utilización de instrumentos que se habían generado funda-

mentalmente a partir de muestras de poblaciones occidentales suponía que las palabras y los conceptos tienen un significado equivalente en las diferentes culturas, y que las áreas tienen la misma prominencia. Además, la naturaleza de la enfermedad varía considerablemente en los distintos países y los autores citan, por ejemplo, el hecho de que en Europa sólo el 6 por ciento de la mortalidad es atribuible a enfermedades transmisibles (como el VIH y la tuberculosis), mientras que en África y en el Sudeste Asiático las enfermedades transmisibles representan el 71 y el 39 por ciento de las muertes, respectivamente. Estas diferencias en la experiencia de la enfermedad tendrán probablemente un efecto sobre la enfermedad y las expectativas sobre la calidad de vida. El grupo WHOQOL está abordando estas cuestiones culturalmente relevantes en muchos de sus estudios.

■ Edad

McEwan, Espie y Metcalfe (2004: 4) señalan que la adaptación de un cuestionario para los adultos a una versión infantil «no consigue reconocer aspectos importantes del desarrollo y funcionamiento infantil y adolescente». Los niños pequeños pueden, por ejemplo, tener limitaciones cognitivas que hacen que les resulte difícil comprender preguntas abstractas como las relacionadas con la satisfacción vital o el bienestar global. Aunque se han desarrollado algunas medidas para valorar concretamente la calidad de vida en poblaciones infantiles (por ejemplo, Eiser y Morse, 2001), no se han validado muchas y, este hecho, junto con el supuesto común sobre las limitaciones cognitivas de los niños, ha llevado a muchos estudios a utilizar a los padres para que cumplimenten los cuestionarios en nombre de sus hijos (por ejemplo, Bijttebier *et al.*, 2001). Esto se conoce como *proxy reports* (informes de allegados, de los que se habló en secciones anteriores de este mismo capítulo). Sin embargo, los informes paternos o de otras personas allegadas van, de hecho, contra el principio de que la calidad de vida es una creencia subjetiva personal, puesto que es posible que el progenitor no comparta las mismas opiniones que su hijo. Este punto fue bien ilustrado por Eiser y Morse (2001) cuando revisaron los estudios de muestras con enfermedades crónicas en las que se generaron tanto informes de los niños como informes que los padres daban sobre sus hijos. El acuerdo entre los padres y los hijos era mayor para las facetas observables de la calidad de vida, como el funcionamiento físico, pero menor para el funcionamiento emocional o social percibido. En el estudio de la calidad de vida de Bijttebier *et al.* (2001) entre jóvenes pacientes de cáncer (utilizando informes paternos), las facetas predominantemente observables de la calidad de vida se evaluaron respecto a:

- *restricción física*: por ejemplo, mi hijo ha sido capaz de moverse actuar de la forma habitual;
- *malestar emocional*: por ejemplo, mi hijo tiene episodios de ira;
- *malestar provocado por el tratamiento médico*: por ejemplo, mi hijo se queja de padecer dolor después de un procedimiento médico.

Como tales, los datos sobre la calidad de vida de los niños obtenidos en este estudio pueden ser más fiables que si se hubieran evaluado los aspectos «no conductuales» de la calidad de vida; sin embargo, no se analizan áreas completas de la misma.

Como ilustración adicional de las posibles discrepancias entre los informes «reales» y los de allegados, un estudio de 100 niños con una enfermedad coronaria congénita y de sus padres concluyó que, aunque tanto los padres como los hijos informaban de un menor funcionamiento motriz y una menor autonomía de los niños cuando se comparaban con niños sanos, los niños mostraban menores niveles de calidad de vida emocional que la que manifestaban sus padres. En general, los padres relataban que los niños tenían que superar más problemas de los que referían los propios niños (Krol, Grootenhuis, Destrée-Vonk *et al.*, 2003). Se ha referido que los niños sanos, por el contrario, muestran un menor acuerdo con sus padres respecto a su situación física que en otras áreas (por ejemplo, Theunissen, Vogels, Koopman *et al.*, 1998).

Además, se ha demostrado, tras una revisión de las conclusiones de seis estudios en los que se obtenían dos conjuntos de clasificaciones, que existen discrepancias significativas en las percepciones del bienestar y la calidad de vida del paciente en el transcurso de un tratamiento a largo plazo (fundamentalmente de cáncer) referidas por sus médicos y por los propios pacientes o, en el caso de los niños, por los padres (Janse, Gemke, Uiterwaal *et al.*, 2004).

Las conclusiones que se han revisado aquí ponen de relieve que las opiniones de los padres y de los hijos pueden converger y diverger en términos de sus creencias, en función de diversos factores, incluyendo el actual estado de salud del niño. En el caso de un niño con una enfermedad, la subestimación o sobreestimación paterna de las áreas problemáticas del niño puede tener repercusiones sobre la conducta de atención de los progenitores (véase el Capítulo 15). Además, hemos presentado evidencias de que las clasificaciones del paciente (o el progenitor) suelen diverger de las clasificaciones que hacen los profesionales sanitarios de la calidad de vida de dicho paciente, y ello podría generar malentendidos sobre el tratamiento y su utilidad en cuanto a ganancias de calidad de vida lo que, como señalan Janse *et al.*, tiene repercusiones sobre la no adhesión al tratamiento.

Resumen

En este capítulo se han proporcionado pruebas de que la calidad de vida es un concepto importante que engloba la creencia subjetiva de una persona sobre la calidad de diversas áreas vitales que tienen importancia para ese individuo. Hemos descrito una serie de influencias sobre la experiencia de la calidad de vida, incluyendo aspectos de la enfermedad y de su tratamiento, así como aspectos relativos al individuo, como su edad, estado de ánimo o grado de apoyo social. También hemos mostrado que, a pesar de las dificultades para definir y medir con claridad la calidad de vida, hay un

creciente reconocimiento de la necesidad de hacerlo y de que la investigación y la práctica miren más allá de los resultados clínicos tradicionales de la enfermedad, como la discapacidad, la sintomatología y la mortalidad, en busca de resultados psicosociales más holísticos. Aunque existe una evidencia creciente de la inclusión de la evaluación de la calidad de vida en los ensayos clínicos de los tratamientos o en las intervenciones psicosociales, sigue abierto el debate de si se evalúa mejor de forma objetiva o subjetiva, genérica o específica.

Lecturas recomendadas

Bowling, A. (1991). *Measuring Health: A Review of Quality of Life*. Buckingham: Open University Press.

Bowling, A. (1995). *Measuring Disease: A Review of Disease-specific Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham: Open University Press.

Estos dos libros, bien redactados, proporcionan al lector una revisión exhaustiva de los temas de la calidad de vida relacionada tanto con la salud como con la enfermedad. Además, se destacan las principales escalas de la calidad de vida disponibles en aquel momento y se proporcionan útiles ejemplos. Aunque quedan anticuados a medida que surgen muchas nuevas escalas, como la WHOQOL, estas obras constituyen una lectura básica esencial.

Carr, A. J. y Higginson, I. J. (2001). «Are quality of life measures patient centred?». *British Medical Journal*, 32: 1357-1360.

Este breve artículo aborda los cruciales temas de cómo medir la calidad de vida y de quién debería realizar las mediciones: ¿los médicos, los pacientes u otros allegados? El hecho de que este artículo fuera publicado en el *British Medical Journal* es un alentador testimonio del hecho de que la calidad de vida está en la agenda de la profesión médica.

Eiser, C. y Morse, R. (2001). «The measurement of quality of life in children: past and future perspectives». *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 22: 248-256.

Se trata de un importante artículo, con una clara redacción, que analiza los temas específicos de la calidad de vida en los niños.

El impacto de la enfermedad sobre los pacientes y sus familias

CAPÍTULO

15

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- Las numerosas consecuencias emocionales de la enfermedad física, sobre todo las relativas a la ansiedad y la depresión.
- El impacto de la enfermedad física de alguien en la familia sobre el bienestar de los familiares cercanos o cuidadores informales.
- La evidencia empírica que demuestra que ni estar enfermo, ni cuidar de un familiar o amigo enfermo es, inevitablemente, una experiencia negativa.
- Cómo hay ciertos cuidados que no son beneficiosos para el receptor.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

Los capítulos anteriores, aunque describían muchos factores individuales y sociales que influyen sobre las respuestas a una experiencia estresante como es una enfermedad, se centraban predominantemente en el individuo que experimenta el estrés o padece la enfermedad. En este capítulo centraremos nuestra atención en el impacto de la enfermedad sobre el bienestar emocional del individuo, pero también sobre el bienestar y la calidad de vida de los familiares, de los cuales muchos actúan como cuidadores informales.

Este capítulo pone de relieve que, aunque la enfermedad o el cuidado de una persona enferma tiene muchas consecuencias potencialmente negativas, también existen consecuencias positivas y que la investigación tiene que prestar cada vez más atención a las percepciones de los miembros de una díada en la que uno está enfermo, ya que aumenta la evidencia empírica de que las percepciones compartidas o discrepantes permiten predecir los indicadores de enfermedad del paciente.

Enfermedad, emociones y ajuste

La enfermedad plantea a los individuos muchos retos y cuestiones que cambian a lo largo del tiempo, en función de la enfermedad, el tratamiento, las respuestas emocionales, conductuales y cognitivas del individuo, y el contexto social y cultural en el que se produce la enfermedad. La enfermedad es un proceso complejo, ilustrado por Morse y Johnson (1991) en su modelo genérico de las respuestas emocionales y de afrontamiento, desde la aparición de los síntomas hasta el vivir con una enfermedad crónica. Se considera que las personas que viven con una enfermedad tienen que afrontar:

1. *La incertidumbre*: se trata de un periodo en el que el individuo intenta comprender el significado y la gravedad de los primeros síntomas.
2. *La perturbación*: se produce cuando resulta evidente para el individuo que padece una enfermedad importante. En este momento, experimenta una crisis caracterizada por un estrés intenso y una elevada dependencia de los profesionales sanitarios y/u otras personas emocionalmente próximas al paciente.
3. *Los esfuerzos para recuperarse*: este periodo se caracteriza por el intento por parte del individuo de lograr cierto tipo de control sobre su enfermedad mediante un afrontamiento activo.
4. *La recuperación del bienestar*: en esta fase, el individuo consigue un nuevo equilibrio emocional basado en la aceptación de la enfermedad y de sus consecuencias.

Respecto al cáncer, se han propuesto una serie parecida de etapas de respuesta al diagnóstico (Holland y Goon-Piels, 2000):

1. *Respuesta inicial*: puede abarcar diversas respuestas, incluyendo incredulidad, negación y estupefacción. Algunos individuos pueden dudar del diagnóstico o de la capacidad del profesional sanitario. En esta etapa, los individuos intentan defenderse de las implicaciones del diagnóstico, y puede que no procesen la información con claridad.
2. *Disforia*: esta fase puede durar de una a dos semanas e implica que los individuos asuman gradualmente la realidad de su diagnóstico. Simultáneamente, pueden experimentar una angustia elevada y síntomas relacionados como insomnio, apetito reducido, poca concentración, ansiedad y depresión. A medida que se va presentando y procesando paulatinamente la información sobre el tratamiento, la esperanza y el optimismo pueden aparecer para competir con los pensamientos más angustiosos.
3. *Adaptación*: este periodo puede durar semanas, o meses, e incluye la adaptación del individuo de forma más positiva a su diagnóstico y el desarrollo de estrategias de afrontamiento a largo plazo para mantener el equilibrio.

Aunque estos modelos proponen un proceso de adaptación por etapas, no todos los individuos pasarán por las etapas de forma gradual hasta alcanzar el equilibrio emocional o una etapa de aceptación y adaptación. Por ejemplo, entre los pacientes de cáncer, algunos llegarán a la fase terminal todavía en un estado de «negación» de su inminente muerte. Hinton (1999) encontró que, en el momento de su fallecimiento, sólo la mitad de las personas a los que se hizo un seguimiento en su estudio «aceptaban» la muerte, y el 18 por ciento de los pacientes, y el 24 por ciento de los familiares, aceptaban cada vez menos la muerte a medida que se acercaba el momento. Es probable que coexistan elementos de las distintas «etapas»; por ejemplo, es posible que una persona siga experimentando una angustia significativa incluso cuando está afrontando activamente la enfermedad. Los individuos también pueden avanzar y retroceder entre las distintas etapas y reacciones, centrandos por ejemplo, su interés y esfuerzos en «sanar» más que en «curarse», de manera que intentan resolver sus problemas vitales y concretar algunos de sus logros en la vida. Puede que en este momento todavía mantengan la esperanza, pero más que tener esperanza de una cura, pueden pasar a esperar una «buena» muerte, como una muerte sin dolor (Little y Sayers, 2004). La religión y la espiritualidad suelen ser factores importantes en el mantenimiento de este tipo de esperanza. La transición de un tratamiento curativo a uno paliativo, si el primero no tiene éxito, puede resultar tremendamente angustioso para los pacientes. En general, las tasas de ansiedad y/o depresión son elevadas entre los individuos que se están muriendo, aunque en modo alguno es siempre así (por ejemplo, Heaven y Maguire (1999) informaron una prevalencia de tan sólo el 17 por ciento de niveles de malestar clínico en su muestra). La certeza de la muerte suele traer consigo crisis emocionales y existenciales, así como preocupación por el proceso de morir y el control del dolor (Strang y Strang, 2002), y temores sobre la pérdida de la dignidad, que pueden aumentar la angustia e incluso reducir el deseo de vivir (Chochinov, Hack, Hassard *et al.*, 2002). Kubler-Ross (1969) describió un proceso de reacción por etapas a la muerte, con un *shock* inicial y una parálisis tras el diagnóstico terminal, seguido de una etapa de negación y sentimientos de soledad, en cuyo momento los individuos pueden sentirse enfurecidos, culpar a los demás o incluso intentar «negociar» para alcanzar metas que quieren cumplir antes de morir. Kubler-Ross describe la etapa final como una fase de aceptación, aunque, como ya hemos señalado, no siempre se alcanza.

Varios autores han criticado estos enfoques por «etapas» por la forma en la que categorizan a los pacientes y crean expectativas de respuestas a sucesos de enfermedad grave o a la muerte, mientras que las experiencias y reacciones de los individuos varían enormemente y son únicas (por ejemplo, Hale, 1996; Crossley, 2000). Sin embargo, habría que considerar que estas teorías son un punto de partida útil para aquellos que trabajan con los enfermos o los moribundos, teniendo siempre en cuenta que es posible que los pacientes no se ajusten perfectamente a ninguna de las etapas definidas y que, por tanto, las respuestas en términos de cuidados tienen que particularizarse en función del individuo.

No todas las enfermedades acarrearán una amenaza inminente de muerte, y muchos individuos viven con la enfermedad. El vivir con una enfermedad crónica (incluyendo muchos cánceres tratables) o el temor a la recurrencia de una enfermedad grave, sin embargo, puede ser en sí estresante.

Reacciones emocionales negativas a la enfermedad

■ **Reacciones al diagnóstico**

Se han realizado muchos estudios con pacientes de cáncer, desde el diagnóstico hasta el tratamiento activo y las etapas terminales o la supervivencia (por ejemplo, Kornblith, 1998). La mayoría de los estudios encuentra que las reacciones al diagnóstico de cáncer suelen ser catastrofistas y muy emocionales (por ejemplo, O'Connor, Wicker y Germino, 1990), y algunos individuos se describen a sí mismos como, literalmente, «luchando por su propia vida» (Landmark y Wahl, 2002). Este estudio cualitativo informa de cómo una mujer, a la que se la había diagnosticado recientemente un cáncer de mama, se describía a sí misma como «con un pie en la tumba y el otro al borde de la misma» (p. 115). En las primeras etapas del cáncer, Montgomery, Pocock, Titley *et al.* (2003) encontraron que se daban niveles de depresión de moderados a graves, o graves, en el 51 por ciento de su muestra de pacientes de leucemia y linfoma, y el 14 por ciento informaban de niveles de ansiedad igualmente elevados. Las reacciones emocionales negativas también son frecuentes entre aquellos que tienen súbitos ataques al corazón (por ejemplo, Lane, Carroll, Ring *et al.*, 2002), infartos cerebrales (por ejemplo, Astrom, 1996; Hosking, Marsh y Friedman, 1996), o tras un diagnóstico positivo de VIH (Valente, 2003). En cuanto a las enfermedades cardíacas y ataques al corazón, se ha estimado que la tercera parte, o más, de los pacientes experimentaban niveles de depresión por encima de los puntos de corte que indican un trastorno clínico; y entre los pacientes de infartos cerebrales se han alcanzado cifras de entre el 18 y el 60 por ciento (House, Dennis, Mogridge *et al.*, 1991).

■ **Reacciones emocionales a la enfermedad o a su tratamiento**

Sería imposible abordar las reacciones a todas las enfermedades o, incluso, a todas las enfermedades crónicas, de modo que lo que se presenta a continuación es una selección representativa de enfermedades comunes que pueden cambiar potencialmente la vida: cáncer, VIH, ataque al corazón, infarto cerebral y diabetes.

Aunque los niveles de malestar inicial entre los pacientes con cáncer disminuyen, por lo general, a niveles comparables a los de las poblaciones sanas (por ejemplo, Cassileth *et al.*, 1985), se observa que se elevan en determinados momentos durante el tratamiento, o cuando se están esperando resultados de pruebas, y cuando se alcanza la última etapa de la enfermedad y se finaliza el tratamiento sin esperanza de cura. Durante la fase de tratamiento activo de la enfermedad, los pacientes de cáncer pueden

tener que afrontar diversos factores estresantes, incluyendo significativos efectos secundarios como náuseas potencialmente debilitantes y perturbadoras, fatiga y pérdida de peso. En este momento, es posible que los individuos comparen los efectos indeseados del tratamiento con los beneficios de la reducción de los síntomas y las ganancias de supervivencia y, aunque la mayoría decide proseguir con el tratamiento, una pequeña minoría opta por abandonar. Incluso cuando se corre el riesgo de padecer la enfermedad, no todos los individuos optan por seguir el tratamiento cuando se les ofrece. Por ejemplo, Lovegrove, Rumsey, Harcourt *et al.* (2000) encontraron que el 50 por ciento de 106 mujeres con alto riesgo de padecer cáncer de mama¹ que asistían a una clínica sobre cáncer de mama y que fueron invitadas a participar en la prueba del tamoxifen, un agente sintético que interfiere con la actividad de los estrógenos con efectos sobre la reducción del riesgo de padecer cáncer en la mama no afectada, se negaron a intervenir. Las que se negaron a intervenir en la prueba tendían a ser más jóvenes, consideraban que la información sobre el tamoxifen como un tratamiento potencialmente preventivo era más difícil de comprender que las que participaron en el ensayo, sabían más sobre los factores de riesgo del estilo de vida y veían menos beneficios en el fármaco.

Para muchos pacientes con infarto cerebral, persisten unos niveles elevados de malestar emocional (ansiedad y/o depresión) durante muchos meses, y los factores psicológicos, además de las características de la enfermedad, permiten predecir el resultado a largo plazo. Por ejemplo, la satisfacción del paciente con la atención sanitaria y la confianza en la recuperación permitían predecir la depresión a los seis meses y a los tres años tras un infarto cerebral grave (Morrison, Johnston y MacWalter, 2000; Morrison, Pollard, Johnston y MacWalter, 2005). También se han detectado depresión y ansiedad en los pacientes con ataques al corazón tras ser dados de alta en el hospital, que suelen persistir hasta un año más tarde (Lane, Carroll, Ring *et al.*, 2002). En cuanto a vivir con el VIH y el SIDA, Valente (2003) ha concluido, a partir de un resumen de datos existentes, que entre el 20 y el 30 por ciento de los individuos con VIH presentan niveles clínicos de depresión en alguna etapa de su enfermedad. Entre las mujeres con VIH, Morrison *et al.* (2002) refieren niveles de depresión cuatro veces superiores a los de los sujetos de control emparejados por edad, aunque entre esta muestra, formada sólo por mujeres, no aparecían niveles de ansiedad significativamente elevados. Otros estudios con los dos sexos han concluido que el 70 por ciento mostraba un nivel de ansiedad moderada a elevada (Cohen, Hoffman, Cromwell *et al.*, 2002). Al igual que en el caso de la depresión entre individuos físicamente sanos, un elevado nivel de

¹ N. de los R.: La determinación del riesgo de padecer cáncer de pecho en tipo de estudios suele realizarse utilizando el *modelo de Gail* (Gail M. H.; Brinton, L. A.; Byar, D. P.; Corle, D. K.; Green S. B., y Schairer, C., *et al.* Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. *J. Natl. Cancer Inst.* 1989; 81:1879-1886), contempla el número de familiares de primer grado que han padecido la enfermedad, la realización de alguna biopsia de tumores benignos con anterioridad, diagnósticos previos de alguna hiperplasia atípica en el pecho, la edad del primer parto o la condición de nulípara y el inicio de la menarquia.

estrés generalizado, unos niveles reducidos de recursos personales y de apoyo social y unas escasas habilidades de afrontamiento contribuyen a la depresión (por ejemplo, Catz, Gore-Felton y McClure, 2002). Entre los que están infectados por el VIH, la existencia de lo que se ha identificado como «ideas de castigo» (es decir, cuando el individuo considera que la infección por VIH es un «castigo» por una conducta «inadecuada»), se relacionaba con niveles relativamente elevados de depresión y relativamente bajos de autoestima (Safren, Radomsky, Otto *et al.*, 2002). Estas creencias reflejan una posible internalización de creencias o prejuicios anteriores sobre el VIH y las probables vías de infección, como la utilización de drogas de administración por vía intravenosa o sexo homosexual sin protección.

Finalmente, entre los que viven con diabetes (una enfermedad crónica que requiere un automanejo continuado: dieta, administración de insulina, etc.) el malestar emocional también es frecuente. Una revisión sistemática de los estudios con una población combinada de más de 2.500 adultos con diabetes y casi 1.500 participantes de control encontró una prevalencia del 14 por ciento del trastorno de ansiedad generalizado, frente al 3-4 por ciento de la población normal, y síntomas de ansiedad elevada en el 40 por ciento (Grigsby, Anderson, Freedland *et al.*, 2002). Anderson, Freidland, Clouse *et al.* (2001) sostienen que la depresión es dos veces más probable entre los adultos con diabetes que entre los que no la padecen.

Las enfermedades crónicas también pueden acarrear una sensación de «pérdida de uno mismo» (Charmaz, 1983, 1991) para quienes las padecen, una condición que se ve exacerbada por la necesidad de vivir una vida restringida debido a los síntomas, o por el aislamiento social debido a las limitaciones físicas o a los temores de las respuestas de los demás ante su «nuevo estado». Las respuestas negativas de los demás pueden, a veces, dar lugar a percepciones de que uno mismo está desacreditado, o a percibirse uno mismo como una carga para los demás al ser incapaz de cumplir con los roles y las demandas sociales «normales». Como señala Radley (1994: 148): «los problemas de las enfermedades crónicas están relacionados con la retención y la pérdida, no sólo de «uno mismo», sino de una forma de vida». Si esto es así, tal vez resulte sorprendente descubrir que, para algunos individuos, la enfermedad se percibe como portadora de beneficios (*véase* más adelante).

■ Reacciones a la terminación del tratamiento

En el periodo inmediatamente posterior al tratamiento, los pacientes con cáncer y sus familias pueden experimentar cierta ambivalencia emocional: por un lado, han acabado el tratamiento y sus efectos secundarios pero, por otro, hay una sensación de vulnerabilidad y de ser abandonado que puede derivarse de un menor contacto con el personal profesional sanitario, con quienes se ha creado inevitablemente una relación durante el tratamiento. Esta sensación de «abandono» tras el tratamiento ha sido identificada también en otros grupos de pacientes, por ejemplo, los pacientes con infartos cerebrales (por ejemplo, Pound, Bury, Gompertz *et al.*, 1994). Sin embargo, el estudio cualitativo realizado por Wiles, Ashburn, Payne

et al. (2004) sobre la experiencia de los pacientes que han sufrido infartos cerebrales cuando se les da el alta de la fisioterapia señalaba que cuando se «gestiona bien» el alta, se puede limitar a la decepción por la finalización de la fisioterapia pero no a la decepción por una pérdida de expectativas de una mayor recuperación potencial.

■ El efecto de las reacciones emocionales negativas a la enfermedad

Por desgracia, la depresión y la ansiedad pueden impedir que se participe en el tratamiento o en los esfuerzos de rehabilitación. Por ejemplo, las personas deprimidas tienen menos probabilidades de asistir a las clases de rehabilitación cardíaca que las que no lo están (Lane, Carroll, Ring *et al.*, 2001), y se suele relacionar la ansiedad con un escaso control de los niveles de glucosa en sangre entre las personas que padecen diabetes (por ejemplo, Niemcryn, Speers, Travis *et al.*, 1990). También se ha demostrado que la depresión y la ansiedad impiden el cambio conductual. Por ejemplo, Huijbrechts, Duivenvoorden, Deckers *et al.* (1996) refirieron menores tasas de abandono del hábito de fumar tras un ataque al corazón en las personas que tenían depresión o ansiedad que entre las personas que decían que no estaban angustiadas a los cinco meses del suceso. También, entre los varones homosexuales seropositivos, la depresión estaba relacionada con una tasa de más del doble de práctica del sexo anal sin protección con sus parejas que las que expresaban los varones homosexuales seropositivos que no estaban deprimidos (Rogers, Curry, Oddy *et al.*, 2003).

La depresión también ejerce una influencia significativa sobre si estos pacientes recuperan su funcionamiento previo a la enfermedad, sobre todo en lo que concierne a la vuelta al trabajo y a las actividades sociales, y esto puede deberse, en parte, al incremento de los síntomas que se suele observar entre las personas deprimidas (*véase* el Capítulo 9).

La depresión es una causa significativa de morbilidad, discapacidad y menor supervivencia entre las personas con una enfermedad física (Morris, Robinson, Andrzejewski *et al.*, 1993; Peveler, Carson y Rodin, 2002), aunque no se identifica esta relación en todos los estudios.

Respuestas positivas a la enfermedad

Aunque los estudios sobre los resultados positivos siguen siendo relativamente infrecuentes, un creciente número de ellos señalan que los individuos que tienen que hacer frente a significativos factores estresantes por su salud pueden experimentar resultados positivos. La evidencia de este beneficio proviene, por ejemplo, de Petrie, Buick, Weinman y Booth (1999), quienes encontraron que el 60 por ciento de las personas que habían padecido un ataque al corazón o habían desarrollado cáncer de mama refería ciertas ganancias personales en los tres primeros meses tras la aparición de la enfermedad, y el 58 por ciento refería efectos positivos concretos de su enfermedad (*véase* la Figura 15.1). El beneficio más frecuentemente men-

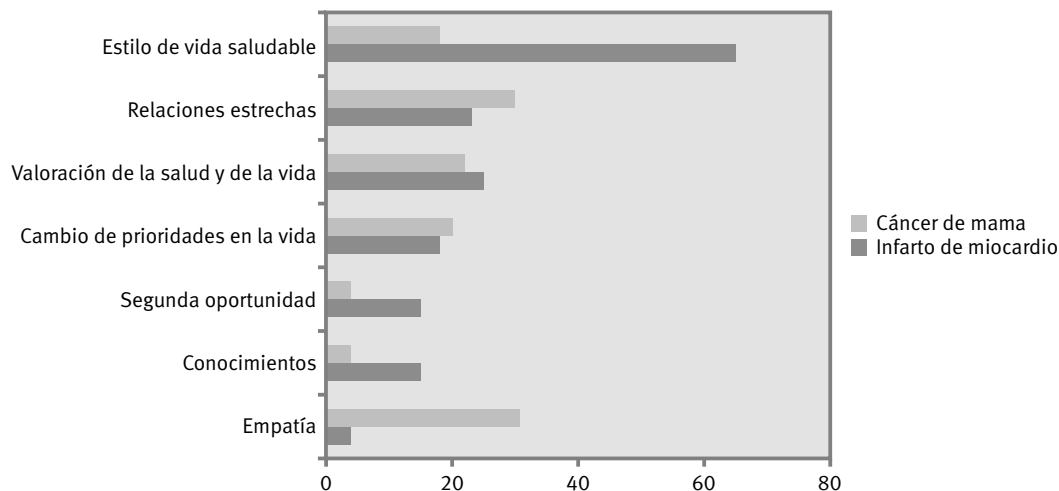


Figura 15.1 Ganancias percibidas tras padecer un cáncer de mama o un ataque al corazón.
Fuente: Petrie, Buick, Weinman y Booth (1999).

cionado era la mejora de las relaciones cercanas, una mayor empatía entre las mujeres con cáncer de mama, y un estilo de vida más sano entre los varones tras padecer un ataque al corazón.

Al igual que en el caso de las consecuencias negativas de la enfermedad, el experimentar beneficios depende de los recursos personales y sociales y de las respuestas de afrontamiento. Por ejemplo, Schulz y Mohamed (2004) realizaron un estudio prospectivo de 105 pacientes con cáncer, a los que entrevistaron al mes, a los seis y a los 12 meses tras la cirugía tumoral, y encontraron que la obtención de beneficios a los 12 meses se podía predecir directamente con los niveles de autoeficacia (un recurso personal) y los recursos sociales (cantidad de apoyo social recibido) al mes. Sin embargo, como se puede observar en la Figura 15.2 (en la que las flechas con un asterisco reflejan relaciones significativas), cuando se analizó si el afrontamiento mediaba en la relación entre estos recursos internos y externos y la percepción de beneficios, los individuos con muchos recursos de apoyo social mostraron una mayor percepción de beneficios independientemente de si se utilizaba el **afrontamiento de aceptación** o el **afrontamiento de comparación social**, mientras que el efecto beneficioso de la autoeficacia parecía estar mediado por el afrontamiento (ya que la relación directa entre la autoeficacia y la percepción de beneficios era no significativa).

Los beneficios de la enfermedad, como aceptar mejor lo que ocurre en la vida o tener unas relaciones más estrechas con la familia o los amigos, podrían, de hecho, llevar a referir niveles de calidad de vida superiores a los que manifiestan los individuos sanos (tal y como refieren, por ejemplo, Tempelaar *et al.*, 1989, citado en Schulz y Mohamed, 2004). La mejora de las relaciones con otras personas que son significativas es un «beneficio» frecuentemente puesto de manifiesto, aunque es necesario hacer más investigaciones para analizar los factores de la relación respecto a su influencia

Afrontamiento de aceptación

Aceptar la realidad de una situación y que no se puede cambiar fácilmente.

Comparación social

El proceso por el que una persona, o grupo de personas, se compara (en cuanto a su conducta o características) con otros.

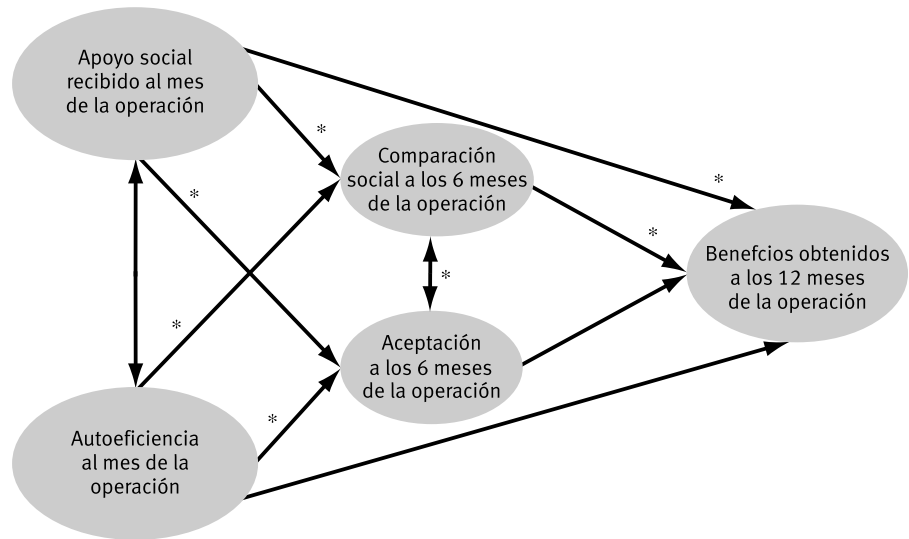


Figura 15.2 Los efectos directos e indirectos de los recursos internos (autoeficacia) y externos (apoyo social) sobre la obtención de beneficios a los doce meses de una cirugía del cáncer.

Fuente: adaptado de Schulz y Mohamed (2004: 659).

sobre las emociones y el ajuste. De Vellis, Lewis y Sterba (2003) sugerían que las buenas relaciones en una pareja pueden favorecer la creación y el mantenimiento de emociones positivas (en los pacientes y/o cuidadores) que podrían beneficiar el ajuste.

Fredrickson (1998, 2001) ha resumido las principales ventajas de promover emociones positivas:

- la promoción de resiliencia psicológica y una resolución de problemas más eficaz;
- la disipación de emociones negativas;
- el desencadenamiento de una espiral ascendente de sentimientos positivos.

Sin embargo, las emociones sólo constituyen una parte de las respuestas de una persona a la enfermedad. Las estrategias de afrontamiento que adopta la persona para ayudarse a afrontar la enfermedad y sus consecuencias pueden ser tan importantes como las emociones que experimenta en la determinación de los resultados de la enfermedad (*véanse también* los Capítulos 9, 11 y 12 para un análisis del modelo de autorregulación de la enfermedad de Leventhal y la teoría del afrontamiento del estrés de Lazarus).

Cómo afrontar la enfermedad

Las estrategias de afrontamiento utilizadas para afrontar la enfermedad no difieren de las utilizadas para hacer frente a cualquier otro problema que tenga un individuo; en otras palabras, la enfermedad no desencadena

estrategias de afrontamiento únicas y, por tanto, la teoría y los conceptos de afrontamiento destacados en el Capítulo 11 son tan relevantes aquí como lo son en el análisis del afrontamiento del estrés. Sin embargo, el afrontamiento de la enfermedad sí que plantea una serie de temas específicos de la enfermedad, tales como:

- los síntomas de la enfermedad;
- la posibilidad de padecer dolor;
- un futuro incierto;
- cambios en la autoimagen y, posiblemente, en la autoestima;
- temas relacionados con el mantenimiento del control sobre la salud y la vida en general;
- mantenimiento del control sobre la enfermedad, como utilización de los síntomas, tratamiento o prevención de la progresión;
- cambios en las relaciones con los familiares y amigos.

Moos y Schaefer (1984) atribuyeron muchos de estos factores a experimentar la enfermedad como una «crisis», mediante la cual los individuos se enfrentan a los cambios potenciales de su identidad (por ejemplo, de persona sana a persona enferma), ubicación (de la casa propia a una residencia), rol (por ejemplo, de sostén de la familia a persona dependiente) y cambios en aspectos relacionados con el apoyo social (por ejemplo, de estar integrado socialmente a estar aislado socialmente). Moos y Schaefer describen tres procesos que emanan de la crisis de la enfermedad:

1. *Valoración cognitiva*: el individuo valora las repercusiones de la enfermedad sobre su vida.
2. *Tareas de adaptación*: el individuo realiza tareas específicas de la enfermedad, como abordar los síntomas o el tratamiento, y tareas generales, como el mantenimiento del equilibrio emocional, la autoimagen y las relaciones con los demás.
3. *Habilidades de afrontamiento*: el individuo lleva a cabo estrategias de afrontamiento definidas como centradas en la valoración (por ejemplo, negación o minimización, reevaluación positiva, preparación mental/planificación); centradas en los problemas (por ejemplo, información y búsqueda de apoyo, emprender acciones directas para superar un problema, identificar metas alternativas y recompensas); o bien de un afrontamiento centrado en las emociones (por ejemplo, regulación del estado de ánimo, desahogo emocional, como mostrar la ira, o una aceptación pasiva y resignada).

■ Afrontamiento por negación o evitación

De los muchos estudios realizados con respecto al afrontamiento, una respuesta inicial común al diagnóstico o a la aparición de la enfermedad es la negación, o bien consciente o bien inconsciente, de que se ha producido. Parece que la negación es adaptativa a corto plazo ya que permite al individuo afrontar la angustia que siente. A más largo plazo, sin embargo, la negación y la estrategia relacionada de evitación tienden a

interferir con los esfuerzos de afrontamiento activo y se relacionan con un mayor malestar a largo plazo. Muchos estudios, aunque no todos, refieren resultados perjudiciales de la negación y del afrontamiento por evitación; por ejemplo:

- Un afrontamiento basado en la evitación y las estrategias centradas en las emociones han sido relacionados con un mayor nivel de depresión que el afrontamiento centrado en los problemas en una muestra de varones homosexuales seropositivos (Safren, Radomsky, Otto *et al.*, 2002).
- Entre una muestra de mujeres que habían sido sometidas a una biopsia de mama y habían sido evaluadas antes del diagnóstico, la evitación cognitiva se relacionó con mayor malestar, al igual que una baja puntuación en optimismo y una elevada puntuación en amenaza percibida (Stanton y Snider, 1993).
- Entre los adolescentes con enfermedades crónicas (asma, artritis juvenil, fibrosis quística, eczema), se predecía el ajuste positivo con la búsqueda de apoyo social y un afrontamiento de confrontación, y se predecía un ajuste negativo con un afrontamiento depresivo (por ejemplo, pasividad), pero el afrontamiento de evitación no fue un buen factor predictivo (Meijer, Sinnema, Bijstra *et al.*, 2002).
- Entre los pacientes con artritis reumatoide, existía una correlación positiva entre una elevada puntuación en las subescalas de evitación/negación del inventario multidimensional de afrontamiento del dolor de Vanderbilt, y un afrontamiento activo y resultados positivos (Smith, Wallston, Dwyer *et al.*, 1997). Se cree que este hallazgo poco habitual refleja el contexto específico de tener que afrontar el dolor (*véase* el Capítulo 16).

■ Afrontamiento centrado en el problema y de aceptación

Hablando en términos generales, tras el periodo inicial que sigue a la aparición de la enfermedad o al diagnóstico, el afrontamiento centrado en los problemas, como el recurrir a los recursos de apoyo social o planificar cómo superar los problemas que se tienen, y el afrontamiento de aceptación están relacionados con una adaptación más positiva. Lowe, Norman y Bennett (2000) analizaron los niveles de malestar a los seis meses de padecer un ataque al corazón respecto al afrontamiento y las emociones referidas en el hospital y a los dos meses. El afrontamiento centrado en la aceptación (por ejemplo, aceptar que las cosas son como son, reinterpretar las cosas desde un prisma positivo) era la forma más predominante de afrontamiento, seguida del afrontamiento centrado en los problemas, el centrado en las emociones y, en último lugar, el afrontamiento por evitación. El afrontamiento mediante la aceptación se relacionaba con menores niveles de malestar, el afrontamiento centrado en los problemas estaba relacionado con mayores niveles de un estado de ánimo positivo, y el afrontamiento centrado en las emociones estaba relacionado con un estado de ánimo bajo. Los análisis longitudinales confirmaron una relación prospectiva entre

el afrontamiento centrado en los problemas y unos mejores resultados de salud, lo que sugiere que el esfuerzo dirigido a las facetas que se pueden cambiar de la situación da lugar a mejores resultados de salud (tanto percibidos como reales).

Los individuos realizan todo tipo de esfuerzos de afrontamiento y no suelen utilizar estrategias que se puedan definir como estrategias centradas únicamente en las emociones, los problemas o exclusivamente de evitación. Esto se debe a que las circunstancias suelen ser dinámicas y multidimensionales y, por tanto, las respuestas también tienen que ser dinámicas y multidimensionales. Como prueba de ello, un estudio sobre jóvenes, realizado a los dos meses de desarrollar un cáncer (Kyngaes, Mikkonen, Nousiainen *et al.*, 2001), encontró que se utilizaban estrategias centradas en las emociones, en la valoración y en los problemas. Las estrategias que se empleaban con más frecuencia eran el acceso al apoyo social (buscar información de profesionales de la salud, así como apoyo emocional de las familias), creer en la recuperación y en la vuelta a la vida «normal» (reformulación positiva). Algunos autores apuntan a una «interacción de estrategias en el momento X», por la que se adoptan distintas estrategias en diferentes periodos de la «crisis» de la enfermedad. Por ejemplo, Heim, Augustiny, Blazer *et al.* (1987) sugirieron que los pacientes con cáncer utilizaban más estrategias activas y centradas en los problemas en las primeras fases de la enfermedad, con un cambio a estrategias más pasivas y de evitación a medida que avanzaba la enfermedad. Este cambio podría ser muy funcional. Stanton, Danoff-Burg y Huggins (2002) hallaron una relación compleja entre las expectativas futuras positivas, el afrontamiento y los resultados de las mujeres en las primeras etapas del cáncer de mama. La aceptación activa en el momento del diagnóstico permitía predecir un mejor ajuste en términos de estado de ánimo y menores temores de recurrencia que las estrategias de evitación. El pesimismo sobre el futuro estaba relacionado con un afrontamiento mediante el recurso a la religión, mientras que las mujeres que mantenían una esperanza elevada en el futuro se solían beneficiar de la utilización de estrategias de afrontamiento más activas.

Las respuestas de afrontamiento de las personas que tienen una enfermedad son, por tanto, individuales y dinámicas y, reflejando lo señalado en el modelo transaccional de estrés y de afrontamiento de Lazarus (*véase* el Capítulo 11), cambian a lo largo del tiempo debido a las modificaciones en las demandas y los recursos y de la valoración del afrontamiento (que es lo que parece que funciona mejor para ese individuo). Los factores que moderan esta relación también pueden cambiar con el tiempo; por ejemplo, el apoyo social puede variar. La teoría de la crisis de Moos y Schaefer (1984), mencionada anteriormente, supone que los individuos afrontan la situación gracias a una motivación para recuperar el equilibrio y la normalidad de sus vidas. Uno de los recursos clave que tiene la mayoría de los individuos para promover este proceso es el del apoyo familiar aunque, como se describe en el siguiente apartado, la enfermedad también afecta a estos individuos, lo que puede tener efectos adicionales sobre el ajuste del individuo que padece la enfermedad.

Enfermedad: un asunto familiar

La gente no enferma en un vacío: su enfermedad se produce en un contexto personal inmediato y dentro de una cultura y un entramado social más amplio. No es sorprendente que muchos de los amplios efectos que tiene la enfermedad sobre el «paciente» que se han descrito anteriormente en este capítulo también puedan ser experimentados por los que están más próximos a la persona enferma. La creciente tendencia hacia la atención en el hogar y los tratamientos ambulatorios impone nuevas presiones a las familias.

Sistemas familiares

Las familias de las personas que desarrollan una enfermedad también tienen que adaptarse a los cambios que conlleva la enfermedad para el miembro de su familia y en sus propias vidas. Las teorías del ajuste a la enfermedad por parte de los pacientes, como la propuesta por Morse y Johnson (1991), descritas al inicio de este capítulo, suelen plantear un enfoque por etapas hacia el ajuste. Por ejemplo, McCubbin y Patterson (1982) han señalado que el estrés en la familia es una presión que puede perturbar o cambiar el «sistema familiar», y observaron tres etapas en un continuo de adaptación:

1. *Etapas de resistencia:* en la que los familiares intentan negar o evitar la realidad de lo que ha ocurrido.
2. *Etapas de reestructuración:* en la que los familiares empiezan a reconocer la realidad y a reorganizar sus vidas en torno al concepto de una familia que ha cambiado.
3. *Etapas de consolidación:* en la que los roles que se acaban de adoptar pueden pasar a ser permanentes (por ejemplo, si la recuperación no parece próxima), y donde pueden aparecer nuevas formas de pensar (sobre la vida/salud/conducta).

En este espectro continuo de adaptación hay tres dimensiones integradas sobre el funcionamiento del sistema familiar que han puesto de relieve Olson y Stewart (1991): cohesión, capacidad de adaptación y comunicación. Olson proporciona evidencia empírica de que las familias que tenían un equilibrio en estas dimensiones (es decir, trabajan juntas y tienen una buena relación de proximidad emocional entre sí, adaptan sus roles y reglas para hacer frente a las nuevas circunstancias, y se comunican entre sí de forma efectiva) mostraban una mejor adaptación a los factores estresantes de la vida, incluida la enfermedad. Estas dimensiones generales pueden verse en un estudio realizado por McCubbin y Patterson (1983) del afrontamiento paterno respecto a un niño que tiene fibrosis quística, en el que se identificaron tres factores específicos en las estrategias de afrontamiento paterno, y cada uno tenía distintas implicaciones respecto al funcionamiento de la familia:

1. Afrontamiento gracias al mantenimiento y a la atención prestada a la vida familiar y a las relaciones en la familia;

2. Afrontamiento intentando mantener el bienestar utilizando las relaciones sociales;
3. Afrontamiento manteniendo relaciones con el personal médico y los padres de otros niños enfermos.

A partir de este modelo, Eiser y Havermans (1992) estudiaron a niños que tenían asma, diabetes, epilepsia, leucemia o trastornos cardíacos, y revelaron cuatro factores del afrontamiento paterno, que denominaron:

1. Autonomía (parecido al segundo factor de McCubbin).
2. Atención médica (utilización y creencia en la efectividad de la misma).
3. Apoyo social-información.
4. Apoyo familiar.

El sexo, el tipo de enfermedad, la duración de la enfermedad y el grado en el que los padres tenían dificultades en el funcionamiento familiar o social afectaban al tipo de afrontamiento que se identificaba como más útil. Por ejemplo, los padres de los niños mayores, independientemente de la enfermedad, experimentaban menores dificultades; el afrontamiento basado en el apoyo social se utilizaba menos cuanto más duraba la enfermedad; los padres de niños con trastornos cardíacos o leucemia utilizaban más el afrontamiento mediante apoyo de la atención médica que los padres de niños que padecían otros trastornos; las madres recurrían más a todos los tipos de afrontamiento que los padres; las madres que afrontaban la situación mediante mantenimiento de la autonomía y el apoyo social referían más dificultades que aquellas que no afrontaban la situación de esta manera; y los padres también manifestaban más dificultades si utilizaban el afrontamiento por autonomía y si utilizaban un menor afrontamiento recurriendo a la atención médica. La influencia del contexto, en cuanto al periodo de tiempo desde la aparición de la enfermedad, sobre el afrontamiento paterno se destaca más en el siguiente recuadro de HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Aunque los familiares suelen implicarse en la proporción de apoyo al familiar que padece una enfermedad, algunos también se convierten en el principal cuidador de esa persona; es decir, se les pide que proporcionen una ayuda más allá de la que se considera «normal» para su papel (puede ser habitual que se prepare la comida para la pareja, pero no tanto que se la tenga que ayudar a bañarse) (por ejemplo, Schulz y Quittner, 1998).

Hallazgos de la investigación

¿Cómo afrontan los padres el cáncer que padecen sus hijos?

Norberg, A. L., Lindblad, F., y Boman, K. K. (2005). Coping strategies in parents of children with cancer. *Social Science and Medicine*, 60; pp. 965-975.

Antecedentes

El recibir un diagnóstico en cualquier momento de la vida puede ser, en sí mismo, estresante. A pesar de los avances en el tratamiento, muchos tipos de cáncer siguen siendo

potencialmente mortales y, cuando existe un tratamiento, suele ser intensivo, invasor de la vida personal y puede conllevar efectos secundarios indeseados. Resulta difícil imaginar a una familia que no se vería afectada cuando uno de sus miembros recibe este tipo de diagnóstico. Es probable que sea aún más angustiante cuando el diagnóstico es de un niño. Hasta la fecha, la evidencia empírica disponible pone de relieve que el ver a un hijo sufrir, y el asumir las reacciones de los demás, plantea muchos retos para los padres en cuanto a su propio afrontamiento y en cuanto a la ayuda que pueden proporcionar a su hijo para afrontar la situación.

Objetivos del estudio

Este artículo aborda el impacto que tiene el cáncer en la infancia sobre el afrontamiento paterno con niños que tienen diversos tipos de cáncer en distintas etapas tras el diagnóstico. También analiza si los padres de los niños con cáncer afrontan los factores estresantes generales de la vida de forma diferente que los padres de niños sanos.

Métodos

Se reclutó a 395 padres (224 madres y 171 padres) de niños que, o bien estaban siendo sometidos (44,3%), o bien ya habían completado un tratamiento contra el cáncer (55,2%) en dos unidades de oncología pediátrica suecas. La tasa de respuesta general de participación en el estudio fue un excelente 73 por ciento, lo que refleja el interés de los progenitores por tener la oportunidad de hablar de su experiencia. El 59 por ciento de los que no respondieron eran padres, un porcentaje parecido al que se había encontrado anteriormente y que apunta a un aspecto que requiere más investigaciones. El número medio total de niños en estas familias era de 2,5.

En cuanto a los tipos de cáncer, los dos mayores grupos de diagnóstico eran leucemia (44%) y los tumores cerebrales (14,9%). Los padres quedaban excluidos del estudio si su hijo tenía un diagnóstico incurable o si estaba recibiendo en ese momento un tratamiento paliativo. En lo referente al periodo transcurrido desde el diagnóstico, había un gran intervalo, desde cero meses hasta 21 años pero, en cuanto a los análisis realizados, sólo se compararon tres grupos: de una a ocho semanas (86 padres); de 18 a 30 meses (72 padres) y de 60 a 120 meses (60 padres). Una tercera parte de los niños había recibido el diagnóstico cuando tenía menos de tres años; el 23 por ciento cuando tenía entre 3 y 6 años, el 13,9 por ciento entre los 6 y los 9 años; el 18,5 por ciento entre los nueve y los 15 años; y el 10,6 por ciento entre los 15 y los 21 años.

También se reclutó a un grupo de comparación compuesto por 184 padres de niños sanos con edades comprendidas entre los cero y los 16 años (el 58% eran madres) en la misma área geográfica. El número medio total de niños por familia era de 2,2. Los cuestionarios incluían la lista de afrontamiento de Utrecht y, como medidas de los indicadores, se utilizaron la ansiedad estado medida con la escala de ansiedad estado-rasgo de Spielberger, y la escala de autoevaluación de la depresión de Zung. La medida del afrontamiento requería que los padres respondieran en relación con sucesos estresantes generales en siete subescalas de estrategias de afrontamiento: *atención activa a los problemas* (por ejemplo, resolución de los problemas cotidianos con orientación a las metas); *patrón de reacción paliativa* (por ejemplo, distracción conductual, relajación); *conducta de evitación* (por ejemplo, alejarse de situaciones difíciles); *búsqueda de apoyo social*; *patrón de reacción pasivo* (aislarse de los demás, escape mediante fantasías); *expresión de las emociones* (enojo e ira); y *cognición reconfortante* (fijarse en el lado positivo, comparación positiva).

Resultados

Tanto el estado de ansiedad como el estado de depresión eran más elevados entre los padres de niños con cáncer que entre los padres de niños sanos. Las madres, tanto de niños sanos como de los que tenían cáncer, mostraban niveles significativamente superiores de ansiedad y depresión que los padres. En general, tal vez de forma sorprendente, no se encontró que el afrontamiento difiriese entre los padres de niños sanos y los padres de niños con cáncer, aunque estos últimos mostraban una tendencia significativa al uso del afrontamiento mediante una reacción pasiva.

Cuando se comparó el afrontamiento entre tan sólo las dos grandes condiciones de cáncer, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a las estrategias de afrontamiento y, además, tampoco se encontraron diferencias entre los tres grupos definidos en función del tiempo transcurrido desde el diagnóstico. El que el niño estuviera sometido actualmente a tratamiento o no, o lo hubiera completado, no afectaba a las respuestas de afrontamiento ni a los niveles de ansiedad y depresión entre los padres de niños con cáncer.

Dada la ausencia de diferencias entre los grupos en cuanto al afrontamiento, los autores pasaron a analizar las diferencias intragrupo; en otras palabras, estudiaron cuáles eran las estrategias de afrontamiento que tenían una correlación con una mayor ansiedad o depresión. Tanto entre los padres de niños con cáncer como entre los padres de niños sanos se encontraba que una utilización más frecuente del afrontamiento activo centrado en los problemas y un menor uso del afrontamiento por evitación y mediante una reacción pasiva estaba relacionado con menores niveles de ansiedad y depresión. Dadas las diferencias de sexo identificadas en cuanto a ansiedad y depresión, se volvieron a realizar los análisis controlando la variables sexo (correlaciones parciales), y se encontró que se mantenían los efectos negativos de estas estrategias de afrontamiento.

Finalmente, se analizaron las relaciones entre el afrontamiento y la ansiedad y la depresión en función de los grupos definidos por el periodo de tiempo transcurrido desde el diagnóstico y, en función de los dos principales grupos de diagnóstico, encontrándose que estos factores marcaban algunas diferencias significativas. Por ejemplo, el afrontamiento activo centrado en los problemas estaba relacionado con una menor angustia emocional en los padres de los niños con leucemia, pero no en los de los niños con tumores cerebrales; y la conducta de evitación no estaba relacionada con la ansiedad o la depresión en el grupo de diagnóstico reciente (de una a ocho semanas), mientras que en el caso de los padres de los que habían recibido el diagnóstico entre 60 y 120 meses antes estaba relacionada tanto con la ansiedad como con la depresión.

Discusión

Se trata de un estudio fascinante que, aunque transversal, consigue abordar cuestiones relacionadas con la etapa de la enfermedad y el afrontamiento paterno mediante la utilización de distintas «cohortes» de padres, es decir, en función de los diferentes periodos de tiempo transcurrido desde que se hizo el diagnóstico. Tal vez de manera sorprendente, los padres de niños con cáncer no diferían de los padres de niños sanos en la forma de afrontar el estrés general, a pesar de que padecían un mayor malestar emocional. Esto puede deberse, en parte, al hecho de que se evaluó el afrontamiento en función del estrés general, mientras que las mediciones del estado de ánimo reflejaban el estado de ánimo actual. Además, aunque las diferencias de los grupos de enfermedades tenían cierto efecto sobre cuáles eran las estrategias de afrontamiento que estaban relacionadas con la ansiedad y la

depresión, las diferencias en los grupos de enfermedad no afectaban a las estrategias de afrontamiento que se mencionaban. Los patrones de asociación entre el afrontamiento, la ansiedad y la depresión reflejaban, en ambos grupos de padres, lo que se suele referir en la bibliografía: es decir, las formas de afrontamiento activo, centradas en los problemas, parecen ser más adaptativas para manejar el estrés que las respuestas pasivas o centradas en las emociones.

En conclusión, los resultados ponen de relieve el valor del análisis de los subgrupos cuando el tamaño muestral lo permite. Un hallazgo esencial, que refleja lo que se afirmó en el Capítulo 14 respecto a la utilización del afrontamiento por evitación, es que parece menos beneficioso cuando es utilizado por los padres que están más alejados temporalmente del diagnóstico del cáncer que cuando es referido por los padres que han recibido recientemente el diagnóstico sobre su hijo. El siguiente paso ideal para abordar los temas que ha planteado este estudio con más detenimiento sería, inevitablemente, un estudio longitudinal prospectivo de los padres y los niños desde el momento más cercano posible al diagnóstico.

Cuidados

En el Reino Unido hay aproximadamente 5,7 millones de cuidadores informales (no profesionales que no cobran), con edades comprendidas fundamentalmente entre los 45 y los 64 años, de los cuales 3,3 millones son mujeres (Department of Health, 1999)². Los «problemas» que están resolviendo los cuidadores son, fundamentalmente, los derivados de enfermedades crónicas (aproximadamente el 40%), con una significativa proporción de atenciones por problemas relacionados con el envejecimiento: demencia, problemas de movilidad, y problemas mentales, emocionales o neurológicos. Como señalan Kalra, Evans, Perez *et al.* (2004: 1099) respecto al manejo del infarto cerebral: «aunque las consecuencias físicas, psicológicas, emocionales y sociales de ser un cuidador, y sus beneficios económicos para la sociedad, son bien reconocidos, a menudo se asigna una baja prioridad a las necesidades del cuidador». Estos autores prosiguen presentando los efectos positivos del entrenamiento del cuidador para proporcionar cuidados físicos al superviviente de un infarto cerebral, en términos de reducción de la carga para el cuidador, menor ansiedad y depresión y mejor calidad de vida tanto para los cuidadores como para sus pacientes. Por tanto, es crucial abordar los temas relacionados con el cuidador, tanto en

² N. de los R.: de acuerdo con los datos del *Libro Blanco de la Dependencia*, en el 2004 se calculaba que en España había más de 1.125.000 personas dependientes (ancianos y discapacitados graves que no pueden valerse por sí mismos), cifra esta que se preveía que aumentase en los siguientes años. Según este estudio, la inmensa mayoría de las personas que precisan cuidados de larga duración los reciben vía apoyo informal (tan sólo el 6,5% los recibe de los servicios sociales). La atención a estas personas se realiza sobre todo en el ámbito familiar y la llevan a cabo fundamentalmente mujeres (84%) de edades comprendidas entre los 49 y los 69 años, siendo la edad media del potencial cuidador en España de 53 años. (Fuente: Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005). *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*. Madrid: IMSERSO).

lo que concierne a los indicadores de salud del paciente como del cuidador y, por ello, el resto de este capítulo se dedica a su experiencia o a la relación con el paciente al que cuidan.



Vivimos en una sociedad que está envejeciendo, pero la mayor esperanza de vida acarrea mayores necesidades para el cuidado de los mayores. También vivimos en una sociedad donde las enfermedades crónicas tienen una creciente prevalencia gracias a los éxitos médicos. Esto significa que está aumentando la discapacidad y la dependencia, no sólo entre los que se consideran «mayores», sino también entre los que estaban en una edad adulta avanzada que pueden vivir otros 10, 20 o 30 años en una condición de dependencia. Cada vez hay más sociedades que parecen recurrir a las familias como fuente de cuidados. Aunque el balance con respecto a cuál de los dos sexos proporciona los cuidados, ha ido cambiando de ser fundamentalmente mujeres a un mayor equilibrio; los roles de ambos sexos han cambiado generalmente de manera extraordinaria durante las últimas décadas. Pregúntele a su madre o a su abuela qué opinan de quedarse en casa cuidando de un familiar enfermo o dependiente, y después piense en su propia situación. ¿Tiene ya o es posible que tenga en un futuro próximo que ofrecer cuidados informales y sin cobrar a un familiar? ¿Cómo le hace sentirse? ¿Cómo cree que combinará los distintos papeles que tiene que desempeñar si asume además el rol adicional de cuidador? ¿Cree que es probable que sus objetivos vitales se vean limitados por las necesidades como cuidador que prevé tener? ¿Le preocupa ya lo que le ocurrirá a sus padres si desarrollan una enfermedad crónica o una demencia?

Es necesario plantearse este tipo de preguntas y es preciso encontrar las respuestas. ¿Están los familiares, sobre todo las mujeres, debido a los cambios sociales en cuanto a empleo y estatus social, menos dispuestos a cuidar de un familiar dependiente, posiblemente mayor, que en las generaciones anteriores? Si es así, ¿cuáles son las probables consecuencias de su bienestar físico y mental si la provisión de cuidados se convierte en una necesidad? ¿Cuáles son las repercusiones para la política de atención social y sanitaria? Este tipo de preguntas requieren respuestas políticas y sociales muy amplias, pero tienen importantes implicaciones psicológicas.

Relaciones de apoyo

Existe una clara necesidad de evaluar los efectos de las relaciones de apoyo porque, como señalaron Evans y Bishop (1990) respecto a los resultados de un infarto cerebral agudo, «el sistema de apoyo del paciente (1) es responsable, en última instancia, del cuidado a largo plazo, y (2) puede influir drásticamente sobre los resultados psicosociales posteriores al infarto cerebral» (pp. II-48). Como se describió en el Capítulo 12, existe una evi-

dencia empírica consistente de los beneficios de pertenecer a una red de apoyo funcional en contraposición con el aislamiento social. Por ejemplo, los beneficios del apoyo social incluyen:

- una mayor adherencia al tratamiento y el autocuidado (por ejemplo, Lo, 1999; Toljamo y Hentinen, 2001);
- un mejor ajuste emocional y un mejor afrontamiento de los sucesos estresantes (por ejemplo, Hallaråker *et al.*, 2001; Thoits, 1995);
- un mejor funcionamiento fisiológico (por ejemplo, Taylor, Klein, Grunewald *et al.*, 2003; Uchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1996);
- una menor mortalidad o mayor supervivencia (por ejemplo, Greenwood, Muir, Packham *et al.*, 1996; Vogt, Mullooly, Ernst, *et al.*, 1992).

Existe un consenso en torno a que no es únicamente el número absoluto de apoyos de que dispone una persona (estructural) sino la calidad percibida y la función de estos apoyos (funcional), así como la satisfacción con el apoyo proporcionado lo que resulta crítico para predecir estos resultados (por ejemplo, Quick, Nelson, Matusek *et al.*, 1996; Voget *et al.*, 1992). Sin embargo, el apoyo social no siempre es útil, incluso si ésta es la pretensión del cuidador.

■ Cuidados que ayudan y que no ayudan

Los estudios de los cuidados de personas con diversos tipos de enfermedades, como el SIDA, la diabetes y el cáncer, han encontrado que hay acciones comunes de cuidados que son percibidas como útiles, como una ayuda práctica y expresiones de amor, preocupación y comprensión, y una consistencia relativa en cuanto a las acciones que se considera que no ayudan, por ejemplo, minimizar la situación, tener una alegría irrealista, subestimar los efectos de la enfermedad sobre el paciente, o ser crítico o excesivamente exigente. Se ha determinado que los pacientes que perciben que las acciones de sus cuidadores no ayudan tienen más percepciones negativas de sí mismos y de sus cónyuges, y más depresión (Clark y Stephens, 1996). Aunque se ha demostrado que, por lo general, las acciones que ayudan son más frecuentes que las que no ayudan, estas últimas parecen tener un efecto negativo más fuerte sobre el bienestar que el efecto positivo que tienen las acciones útiles (por ejemplo, Norris, Stephens y Kinney, 1990). Además, un exceso de cuidados o un exceso de ayuda y de atenciones (por ejemplo, hacer las tareas de la otra persona, animarla a descansar) pueden actuar como una forma de condicionamiento operante por el que los pacientes se ven recompensados por mostrar una conducta que asume «el rol de enfermo» (véase el Capítulo 1). Por ejemplo, entre una muestra de 119 pacientes con síndrome de fatiga crónica y sus seres queridos, los que recibían una ayuda «excesiva» mostraban más fatiga y dolor que los que recibían castigos (por ejemplo, el cuidador expresaba su irritación al paciente) o a los que se les distraía (por ejemplo, el cuidador involucraba al paciente en actividades) (Schmaling, Smith y Buchwald, 2000). Los pacientes que están demasiado protegidos también pueden experimentar unas menores percepciones de autoeficacia, autoestima y motivación para la recupera-

ción, además de una depresión elevada (por ejemplo, Thomson y Pitts, 1992) y, entre los pacientes con dolor, una mayor discapacidad (por ejemplo, Flor, Breitenstein, Birbaumer *et al.*, 1995; Williamson, Robinson y Melamed, 1997).

Varios estudios han identificado interacciones sociales que no resultan de ayuda y que son perjudiciales para el bienestar del receptor de los cuidados. Por ejemplo, un estudio realizado con 271 individuos que tenían VIH identificó cuatro tipos de relaciones que no ayudan:

1. Falta de sensibilidad.
2. Conducta de desconexión o alejamiento.
3. Culpar o encontrar fallos.
4. Un optimismo forzado.

Los primeros tres tipos de interacciones permitían predecir significativamente la depresión del paciente, más allá de la capacidad de predicción que ofrecía el funcionamiento físico del mismo y el apoyo social positivo (Ingram, Jones, Fass *et al.*, 1999). Asimismo, Kerns, Haythornwaite, Southwick *et al.* (1990) encontraron que lo que denominaban respuestas «de castigo» del cónyuge (como ignorar al paciente o expresar impaciencia o irritación hacia él) permitían predecir un mayor malestar y síntomas depresivos.

Este tipo de hallazgos pone de relieve la necesidad de evaluar el apoyo percibido positivamente de forma independiente del apoyo que se percibe de forma negativa, en vez de valorarlo en un continuo de apoyo general sin tener en cuenta cómo se valora dicho apoyo. Dada la evidencia de la existencia de acciones de cuidados que ayudan y que no ayudan, tal vez no resulte sorprendente que cuando se tiene que asumir inicialmente el papel del cuidador, éstos se planteen preguntas como «¿qué es un “buen” cuidado?» «¿Tengo los medios necesarios para satisfacer las necesidades de la persona a la que tengo que cuidar?» El acto de cuidar a una persona con una enfermedad crónica plantea muchos retos a los cuidadores, por lo que no sorprende que la atención de la investigación se haya orientado cada vez más hacia el análisis del efecto que tiene cuidar sobre los propios cuidadores.

Consecuencias de proporcionar cuidados

Se han utilizado muchos términos distintos para describir los efectos que tiene para el cuidador la provisión de los cuidados, así como numerosos indicadores de medida, evaluando algunos la salud mental, otros la salud física y otros más el bienestar psicosocial general. Un término frecuentemente utilizado es el de la «carga del cuidador», que se define como los «costes» objetivos y subjetivos que tiene que asumir (por ejemplo, Zarit, Reever y Bach-Peterson, 1980). Este término abarca un indicador general que engloba los costes físicos, psicológicos, económicos y sociales de proporcionar cuidados, y muchos estudios han analizado la carga como un indicador, más que centrarse únicamente en el malestar emocional o en los

indicadores físicos (por ejemplo, Scholte op Reimer, de Haan, Rijners *et al.*, 1998; Schulz, O'Brien, Bookwala *et al.*, 1995).

■ Impacto emocional de proporcionar cuidados

La investigación ha sugerido que hasta las tres cuartas partes de los cuidadores experimentan un malestar clínicamente relevante, un nivel significativamente superior al que se ha identificado en los grupos de control apareados en edad. Igualmente, la salud física de los cuidadores y su satisfacción vital suelen ser inferiores a los de las personas que no tienen que ofrecer este tipo de cuidados. Los sentimientos de pérdida, ansiedad o depresión son frecuentes entre las parejas de los que han padecido un ataque al corazón (por ejemplo, Arefjord, Hallarakeri, Havik *et al.*, 1998) y, entre los que cuidan de un familiar tras un infarto cerebral, se ha demostrado que los niveles de depresión son de dos a tres veces mayores que los que se identifican en grupos comparables de no cuidadores (Scholte op Reimer, de Haan, Rijners *et al.*, 1998). No son sólo los cónyuges o las parejas los que experimentan la angustia de ofrecer cuidados, sino también los padres de niños enfermos. Por ejemplo, los padres de niños con cáncer mostraban unos niveles relativamente estables pero elevados de malestar emocional, con el 51 por ciento de las madres y el 39 por ciento de los padres con niveles superiores al indicador de un desorden emocional, y el malestar permanecía elevado incluso después de haber completado el tratamiento, lo que reflejaba los temores de recurrencia de los padres (Sloper, 2000). (Véase el recuadro de HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN anterior para ver los detalles de un estudio sobre el afrontamiento paterno de padres de niños con cáncer.)

Los estudios sugieren que el malestar emocional es más marcado entre las cuidadoras (por ejemplo, Pinguart y Sörensen, 2003; van den Heuvel, de Witte, Schure *et al.*, 2001), aunque algunas de las diferencias por sexo referidas pueden estar contaminadas por el hecho de que aproximadamente el 70 por ciento de los cuidadores son mujeres, lo que queda reflejado en las muestras de los estudios. El sesgo por sexo en el papel de cuidadores puede deberse a la mayor esperanza de vida de las mujeres, así como, tal vez, a una cuestionable expectativa social de que los cuidados son un papel «natural» de las mujeres, de las que se «espera» que lo consideren gratificante, incluso sin una recompensa económica (por ejemplo, Lee, 2001; Yee y Schulz, 2000). Hagedoorn, Sanderman, Buunk *et al.* (2002), en una comparación de cuidadores varones y mujeres de una pareja con cáncer, encontraron que sólo se identificaba un elevado malestar entre las mujeres en aquellas que referían bajos niveles de eficacia como cuidadoras (no se creían capaces de cuidar de forma eficaz) y de los desafíos percibidos a su papel derivados de una consideración de no «cuidar bien».

■ Efectos físicos de proveer cuidados

El estrés de cuidar de alguien también puede afectar a la salud física de algunos individuos, aunque tal vez no de todos. Por ejemplo, entre los

cuidadores de pacientes con cáncer, las cuidadoras experimentaban un declive de su propia salud física en los seis meses posteriores al diagnóstico de su pareja de cáncer colorrectal, mientras que los varones no (Nijboer, Tempelaar, Triemstra *et al.*, 2001). Estos resultados tal vez estuvieran relacionados con los mayores niveles de malestar o menores niveles de eficacia percibida que refieren las mujeres cuidadoras en otros estudios, aunque éste no analizaba estos aspectos. De manera destacable, un estudio sobre la salud física, el bienestar psicológico y la calidad de vida con una muestra extraordinariamente amplia de más de 11.000 mujeres australianas con edades comprendidas entre los 70 y los 75 años (Lee, 2001) no encontró que hubiera diferencias significativas en la salud física entre el 10 por ciento identificado como cuidadoras y la mayoría de la muestra de mujeres mayores. Sin embargo, las cuidadoras sí diferían significativamente en cuanto a su bienestar emocional y los niveles de estrés percibidos, lo que respalda los hallazgos razonablemente consistentes del impacto emocional que tiene el ser un cuidador.

■ Efectos inmunológicos de proporcionar cuidados

Existe un conjunto importante de evidencia empírica que apunta hacia los efectos inmunodepresores de proporcionar cuidados a largo plazo. Por ejemplo, un estudio que comparaba a los cuidadores mayores de un cónyuge con la enfermedad de Alzheimer con sujetos control encontró que los aquéllos tenían una menor función inmunológica y referían más días de enfermedad durante el año anterior (Kiecolt-Glaser, Malarkey, Cacioppo *et al.*, 1994). Los efectos inmunodepresores de cuidar de una persona con Alzheimer han sido generalmente confirmados (por ejemplo, las revisiones de Bourgeois, Schulz y Burgio, 1996; Schulz *et al.*, 1995). Kiecolt-Glaser, Glaser, Gravenstein *et al.* (1996) también han realizado un estudio en el que cuidadores homólogos recibían una vacunación contra la gripe y descubrieron que éstos mostraban una respuesta inmunitaria menos adecuada a la vacunación que los participantes de control, lo que sugiere que estos cuidadores tenían menos resistencia a la infección. Esta evidencia se ha obtenido fundamentalmente de cuidadores mayores, mientras que varios estudios en poblaciones más jóvenes refieren efectos inconsistentes de unos cuidados crónicos sobre la función inmunológica y la resistencia a la infección. Por ejemplo, Vedhara, McDermott, Evans *et al.* (2002) no encontraron que los cuidadores de un cónyuge con esclerosis múltiple (una condición igual de crónica que la enfermedad de Alzheimer) difirieran en sus respuestas inmunitarias de los no cuidadores ante una vacunación contra la gripe. Sin embargo, esta muestra de cuidadores más jóvenes parecía menos angustiada por su papel de cuidador que la angustia referida por otros grupos de cuidadores lo que, en parte, podría explicar la «preservación» de la respuesta inmunitaria ante la vacunación.

Finalmente, no está claro si los efectos perniciosos para la función inmunitaria del cuidador de cuidar a alguien enfermo están limitados a aquellos individuos que cuidan de sus cónyuges con condiciones crónicas y degenerativas, como la enfermedad de Alzheimer o la esclerosis múltiple,

ya que hay pocos estudios que han analizado las respuestas de los cuidadores en aquellas situaciones en que la enfermedad es grave pero con potencial de curación.

■ Aspectos positivos del papel de cuidador

A pesar de los aspectos negativos considerados anteriormente, muchos estudios han identificado aspectos positivos del papel de cuidador. Orbell, Hopkins y Gillies (1993) señalaban que la provisión de cuidados «puede ser valorada por el cuidador como negativa, benigna o positiva. La provisión de cuidados puede ser valorada como una intrusión en los planes vitales personales, pero también puede ser valorada como positiva en tanto en cuanto proporciona una afirmación de las facetas valiosas de uno mismo» (p. 153). Por ejemplo, los estudios han identificado una satisfacción por proveer cuidados como un sentimiento de realización, sentirse útil, mayores sentimientos de proximidad o una mayor relación cotidiana debido al hecho de que los pacientes y los cuidadores pasan más tiempo de ocio juntos (por ejemplo, Kinney, Stephens, Franks *et al.*, 1995; Kramer, 1997). Kinney *et al.* (1995) han investigado las molestias y satisfacciones cotidianas (factores de estrés y gratificaciones) referidas por 78 cuidadores familiares de pacientes de infarto cerebral y encontraron que los cuidadores solían referir más satisfacciones (como que el receptor de los cuidados coopere con ellos, tener interacciones placenteras con el receptor de los cuidados) a diario que molestias (como que el receptor de los cuidados se queje o critique, o que no responda a los cuidados). Sin embargo, variaba en función del nivel de deficiencia del receptor de los cuidados, ya que los receptores que tenían un mayor grado de deficiencia solían tener cuidadores que referían más molestias. Aunque las molestias permitían predecir con fuerza un reducido bienestar del cuidador, cuando el número total de satisfacciones superaba al número de molestias referidas, los cuidadores estaban menos deprimidos y tenían mejores relaciones sociales que cuando las molestias superaban a las satisfacciones. Estos efectos protectores o de amortiguación de las satisfacciones, incluso cuando hay molestias simultáneas, ponen de relieve la necesidad de que los estudios valoren tanto los aspectos negativos como los positivos de la labor del cuidador y analicen la relación entre ellos para poder comprender mejor los efectos de esta compensación sobre el bienestar del cuidador.

Factores que influyen en las consecuencias de estar al cuidado de una persona enferma

■ Características de la enfermedad o del atendido

Las características de la enfermedad o de la conducta de los receptores de los cuidados tienen influencias importantes, pero complejas, sobre las consecuencias para el cuidador. Los estudios sobre los cuidadores de personas con la enfermedad de Alzheimer, por ejemplo, han demostrado que el malestar está más claramente relacionado con una conducta exigente o per-

turbadora que con el nivel de deficiencia física o discapacidad del receptor de los cuidados (por ejemplo, Gaugler, Davey, Pearlin *et al.*, 2000; Morrison, 1999). El malestar del cuidador está sometido a más variaciones en función del bienestar físico y mental del receptor de los cuidados en un momento dado (por ejemplo, Beach, Schulz, Lee *et al.*, 2000).

Entre los cuidadores de supervivientes de infartos cerebrales, aunque la gravedad del déficit por el infarto cerebral durante la fase aguda (es decir, aproximadamente diez días después del infarto) predecía sus expectativas futuras, era la valoración de las consecuencias de la enfermedad y de sus recursos de afrontamiento lo que predecía su bienestar psicológico (Forsberg-Wärleby, Möller y Blomstrand, 2001). La valoración subjetiva de la situación realizada por el cuidador difiere, por tanto, de las características objetivas de la enfermedad, como el grado de discapacidad, en la medida en que determina los resultados para el cuidador. Para ilustrar este punto aún más, de nuevo en el caso de los que cuidan de supervivientes de un infarto cerebral, la depresión a los seis meses era predicha fundamentalmente por el incremento de las características negativas del receptor de los cuidados (como una conducta exigente), la reducción en la percepción de los cuidadores de tener una relación de confianza recíproca con la persona de la que cuidan, la edad y la salud del receptor de los cuidados (pero no la edad y salud del propio cuidador) y por la renta y el cambio de los niveles de vida. Por el contrario, la carga del cuidador era explicada por la edad del cuidador (los cuidadores más mayores estaban menos cargados), una reducción de las características positivas del receptor de los cuidados, una reducida satisfacción con sus propias relaciones sociales, y una mayor preocupación por los cuidados futuros (Schulz, Tomkins y Rau, 1988). El estudio, a pesar de los años transcurridos, sigue siendo importante porque analiza los cambios de las variables predictoras objetivas y subjetivas a lo largo del tiempo, y refleja que las exigencias de la tarea de atender a alguien son dinámicas y fluctuantes. Merece la pena señalar que un incre-

Tabla 15.1 Causas potenciales del malestar del cuidador

- El gasto económico de proporcionar cuidados, provocado por la interferencia de esta actividad con el empleo.
- Las demandas emocionales de proporcionar un cuidado a largo plazo a un familiar que, a menudo, ofrece poco a cambio.
- El carácter físicamente agotador de algunos roles de cuidador.
- La incapacidad de recuperar los recursos personales por el aislamiento social o la mala utilización de los recursos de apoyo y del tiempo de ocio.

U otras fuentes más profundas, incluso no reconocidas, de estrés:

- Sentimientos de ira (por ejemplo, con la persona por haber enfermado, por haber nacido con una minusvalía).
- Sentimientos de culpabilidad (por ejemplo, que ha podido contribuir de forma directa/indirecta a la situación).
- Sentimientos de pesar (por ejemplo, que han «perdido» a alguien que solían tener).

Estos últimos son indicadores de sentimientos extremadamente complejos, difíciles de expresar, pero que si se reprimen pueden provocar mayor angustia y estrés.

mento de las características negativas del receptor de los cuidados predecía la depresión del cuidador, mientras una reducción de sus características positivas predecía la carga percibida por el cuidador. Esto refleja que la carga no es equivalente a una depresión (como implican algunos estudios), sino que tal vez esté más relacionada con la relación entre el cuidador y el receptor de los cuidados.

■ La influencia de las características y respuestas del cuidador

Generalmente se acepta que la fuente subyacente del malestar o tensión del cuidador parece deberse a las valoraciones subjetivas de un desequilibrio entre las exigencias de proporcionar los cuidados y los recursos que el cuidador percibe que tiene (por ejemplo, Orbell y Gillies, 1993), que podrían incluir lo que Wallander y Varni (1998) denominan *factores de resistencia*. Los factores de resistencia incluyen: intrapersonales, como la personalidad y la motivación; socio-ecológicos, como el entorno familiar y los recursos de apoyo del cuidador, y variables de procesamiento del estrés, que abarcan las valoraciones cognitivas que hace el individuo de la situación, y de sus respuestas de afrontamiento (parecido a la teoría de Lazarus, Capítulo 11).

El papel de la valoración del cuidador en la predicción de su estrés se ha puesto de relieve en uno de los pocos estudios prospectivos de la salud de los cuidadores realizado con 122 cuidadores familiares de enfermos de Alzheimer: en esta muestra, las mejoras en la salud física o mental del cuidador no estaban directamente relacionadas con una reducción de las exigencias de la provisión de los cuidados, sino con la valoración que hacía el cuidador de los factores estresantes como benignos, con un afrontamiento de aproximación, y no de evitación, y con mayores niveles de recursos personales en términos de apoyo social (Goode, Haley, Roth *et al.*, 1998). Análogamente, Vedhara, Shanks, Anderson *et al.*, (2000) no han encontrado una relación entre las dificultades percibidas de proporcionar los cuidados y la ansiedad y depresión del cuidador, y proponen que el estado de ánimo del cuidador está, tal vez, mediado por otros factores distintos a las dificultades cualitativas de la provisión de los cuidados, como las estrategias de afrontamiento y el recurso al apoyo social. McClenahan y Weinman (1998) han mostrado también que las percepciones de la enfermedad que tiene el cuidador (*véase* el Capítulo 9) se relacionan con el malestar del cuidador, sobre todo cuando se percibe que la enfermedad es crónica.

Shewchuck, Richards y Elliott (1998) hallaron que el ajuste al cuidar de una persona que tiene una lesión de la médula espinal variaba significativamente a lo largo del primer año de cuidados y dependía de las características del paciente y del cuidador, como la edad, la propia salud del cuidador, y también la conducta del cuidador en cuanto al uso de apoyos. Recurrir al apoyo social como una estrategia de afrontamiento ha resultado una variable predictora importante de los indicadores del cuidador. Por ejemplo, en un estudio de los pacientes varones de un ataque al corazón y de sus cónyuges, Bennett y Connell (1999) encontraron que las principales

causas de la ansiedad del cuidador eran las consecuencias percibidas del ataque al corazón, con muchas mujeres que pasaban a ser hiper-vigilantes, buscando indicios de que su pareja pudiera estar padeciendo otro infarto de miocardio, y la ausencia de un confidente con el que discutir estas preocupaciones era un factor importante del mantenimiento de la ansiedad.

Otras conductas del cuidador, como las que se hacen en respuesta a la situación del paciente, también pueden influir sobre su bienestar emocional; por ejemplo, se ha concluido que las mujeres de pacientes de un ataque al corazón reprimen su ira o sus sentimientos sexuales para «proteger» a sus maridos, aunque hacerlo podía aumentar su propio malestar (por ejemplo, Coyne y Smith, 1991).

Finalmente, otros estudios han puesto de relieve el papel de las variables de personalidad del cuidador, como el optimismo (generalmente un recurso positivo), y el neuroticismo (generalmente una característica negativa), que demuestran que estas variables tienen efectos directos sobre la salud mental del cuidador, así como efectos indirectos a través de su influencia sobre el estrés percibido, y sobre las percepciones y valoraciones del nivel de deficiencia del receptor de los cuidados (por ejemplo, Hooker, Monahan, Shifren *et al.*, 1992; Shifren y Hooker, 1995).

■ La relación entre el cuidador y el paciente

Algunas investigaciones han analizado a los cónyuges cuidadores, cuya relación se caracteriza por ser a tiempo completo, interdependiente e íntima (*véase* Coyne y Fiske, 1992) y, por tanto, de un apoyo único. Otros estudios han tenido menos control sobre los «tipos» de cuidadores reclutados para el estudio y han incluido a cuidadores informales con distinto grado de afiliación: madres, padres, hermanos, hijas, amigos. Pinquart y Sörensen (2003) planteaban la hipótesis de que las diferencias en la salud psicológica y física serían mayores entre los cuidadores cónyuges que entre los no cónyuges, entre las mujeres que entre los varones, y entre los mayores que entre los más jóvenes. Aunque era un estudio sobre el cuidado de un único un adulto mayor, sus resultados respaldaban estas hipótesis. Lo que resulta cada vez más claro es que, además de la naturaleza de la relación entre cuidador y paciente, la calidad de la relación entre estos individuos influye sobre los efectos que esta provisión de cuidados tiene para ambas partes.

■ Calidad de la relación

DeVellis, Lewis y Sterba (2003) consideran que una mayor investigación sobre la naturaleza y los procesos en las relaciones diádicas beneficiará nuestra comprensión del ajuste a la enfermedad. Estos autores señalan que la investigación sobre el apoyo social no analiza necesariamente la relación entre los estudiados en cuanto al carácter y la calidad de la interacción y que se necesitan más investigaciones que aborden la relación recíproca e interdependiente que se crea entre las personas involucradas. Esta recípro-

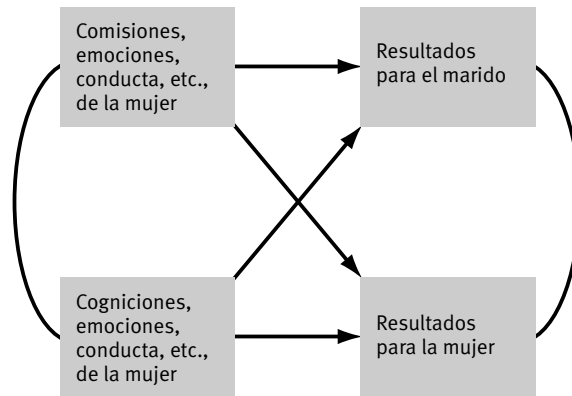


Figura 15.3 El modelo de interdependencia del ajuste de la pareja.

Fuente: DeVellis, Lewis y Sterba (2003, p. 263).

cidad queda representada en la Figura 15.3 en la que la relación descrita es un matrimonio.

Banthia, Malcarne, Varni *et al.* (2003) referían que la calidad de la relación puede moderar los efectos del afrontamiento individual. Midieron el afrontamiento y el ajuste diádico en parejas donde el varón tenía cáncer de próstata y encontraron que, aunque un estado de ánimo decaído del paciente se relacionaba generalmente con un afrontamiento de evitación y altos niveles de pensamiento intrusivo, los pacientes que tenían una fuerte relación conyugal experimentaban menos malestar que los que estaban en relaciones menos fuertes, incluso cuando adoptaban estas estrategias de afrontamiento desadaptativas.

La calidad de la relación conyugal también era un importante determinante de los efectos de los cuidados sobre el funcionamiento del cuidador en un estudio transversal de 75 cuidadores de pacientes con cáncer (Williamson, Shaffer y Schulz, 1998). En este estudio se marcaba una distinción entre los cuidadores deprimidos y los cuidadores resentidos: los cuidadores deprimidos referían relaciones estrechas, comunales e íntimas con el paciente, y esta proximidad creaba las restricciones sobre sus propias actividades (es decir, querían estar con la persona a la que cuidaban), mientras que los cuidadores resentidos mostraban relaciones menos estrechas y se podía predecir la restricción de sus actividades a partir de la gravedad de los síntomas del paciente (estaban restringidos por la necesidad de proporcionar los cuidados). Esta diferenciación importante, pero sutil, entre cuidadores deprimidos y resentidos puede ayudar a explicar las diferencias en las consecuencias más a largo plazo para el cuidador. Thompson, Galbraith, Thomas *et al.* (2002) encontraron también que los cuidadores resentidos tienden a proporcionar unos cuidados excesivamente protectores y controladores, y sugieren que estos estilos de atención pueden minar la autonomía y el progreso del paciente. Se necesitan más investigaciones que analicen las causas del resentimiento del cuidador, ya que podrían ofrecer oportunidades potenciales para llevar a cabo intervenciones que beneficien a ambas partes.

■ Percepciones diádicas, creencias compartidas y discrepantes

Dado el carácter individual de las creencias sobre la salud y la enfermedad, la valoración del estrés y las respuestas de afrontamiento, no se puede suponer que los cuidadores y pacientes a los que cuidan tengan creencias y respuestas similares. Una creciente vía de investigación está analizando si las diferencias en las creencias y respuestas de los cuidadores informales y de sus parejas pueden influir sobre los resultados de la enfermedad (por ejemplo, Coyne y Fiske, 1992; Heijmans, de Ridder y Bensing, 1999; Morrison, 2001). Los cuidadores proporcionan apoyo a su pareja enferma, fundamentalmente, porque creen que es necesario. Sin embargo, esto no significa que los receptores de los cuidados perciban que el cuidado y el apoyo social recibido son positivos o que ayudan. Esta discrepancia es importante: por ejemplo, pueden existir diferencias en las necesidades percibidas de los cuidados entre el cuidador y el paciente. Sarason, Sarason y Pierce (1990) han demostrado que las percepciones del cuidador y del paciente no suelen corresponder, ya que los cuidadores perciben que están dando más de lo que los pacientes consideran que están recibiendo. Esto tiene consecuencias inevitables en términos de angustia para el cuidador (véase lo expuesto en apartados anteriores).

Además de la percepción divergente de las necesidades del paciente, los individuos de las diádas de cuidados pueden tener creencias distintas y divergentes sobre la propia enfermedad. Por ejemplo, las representaciones de la enfermedad (véase el Capítulo 9) de identidad, plazo temporal, causas, consecuencias y control/cura también pueden diferir entre los pacientes, los cónyuges cuidadores y otras personas significativas. En un reciente estudio longitudinal, Weinman *et al.*, (2000) encontraron que, tras un ataque al corazón, se podía predecir la participación en los ejercicios de rehabilitación a partir de las creencias del cónyuge más que a partir de las propias atribuciones del paciente, sobre todo cuando el cónyuge atribuía el ataque al corazón a los malos hábitos de salud del paciente (causa interna). Figueras y Wienman (2003) fueron más allá analizando las representaciones de la enfermedad de 70 diádas paciente-pareja tras un ataque al corazón y diferenciaron entre las parejas que tenían percepciones «positivas similares», «negativas similares» o «contradictorias». La mayoría de las percepciones negativas y contradictorias surgía respecto a las percepciones de control/cura, siendo más evidentes las percepciones positivas compartidas en relación a las dimensiones de identidad, plazo temporal y consecuencias. Las diádas con percepciones positivas compartidas obtenían mejores resultados en cuanto a menor discapacidad, menores dificultades en el funcionamiento sexual, menos angustia relacionada con la salud, más vitalidad y un mejor ajuste global que las diádas con percepciones negativas o contradictorias. En el mismo sentido, Heijmans *et al.* (1998) compararon las representaciones de la enfermedad de parejas casadas en las que un cónyuge tenía síndrome de fatiga crónica o la enfermedad de Addison, y encontraron que las parejas en ambos grupos de enfermedad diferían en cuanto a las consecuencias percibidas y al plazo temporal de la enfermedad (los cuidadores de la enfermedad de Addison percibían consecuencias

más importantes y duraderas que los pacientes; los pacientes de síndrome de fatiga crónica percibían mayores consecuencias, pero un plazo temporal inferior al que percibían sus cuidadores). Las percepciones sobre la identidad y causa de las enfermedades eran relativamente similares en las parejas. Aunque este estudio transversal sólo refería una relación mínima entre las percepciones de la enfermedad discrepantes y la conducta de afrontamiento, se identificaron relaciones consistentes entre las discrepancias y los resultados del paciente en términos de funcionamiento físico y social, ajuste psicológico y vitalidad. La minimización por parte del cónyuge del síndrome de fatiga crónica y de sus consecuencias permitía predecir peores resultados para el paciente y, tal vez de manera sorprendente, el pesimismo del cónyuge sobre el plazo temporal estaba relacionado con mejores resultados en la enfermedad de Addison.

No son sólo las percepciones del cónyuge las que pueden influir sobre los resultados del paciente; por ejemplo, un reciente estudio (Urquhart-Law, 2002) entre 30 adolescentes con diabetes tipo I y de sus madres mostraba que las representaciones de la enfermedad con consecuencias graves y negativas y las representaciones emocionales eran mayores en las madres que en los adolescentes. Sin embargo, el análisis demostró que esta «maximización» (frente a la «minimización» identificada en el estudio sobre síndrome de fatiga crónica al que se ha hecho referencia anteriormente) por parte de las madres no estaba relacionada con el bienestar de los adolescentes. Sin embargo, este estudio fue realizado con una muestra pequeña que además padecía la limitación de ser transversal.

La revisión de la evidencia disponible llevaría a concluir que tanto la maximización como la minimización por parte de los cuidadores puede tener consecuencias adversas, mientras que las percepciones compartidas son más adaptativas, pero sigue siendo necesario estudiar más, tanto entre las díadas de adultos como de padres-hijos, para abordar el posible impacto (positivo y negativo) de estas discrepancias sobre los resultados para el paciente, y sobre resultados psicosociales para los cuidadores.

Resumen

En este capítulo se han descrito dos grandes áreas en las que la enfermedad puede tener un impacto: sobre el bienestar emocional del paciente; y sobre la calidad de vida y el estado emocional y físico de los cuidadores informales. Debe haber quedado claro que la enfermedad física tiene numerosas consecuencias potenciales y variadas, y que la complejidad de estas influencias plantea muchos retos al investigador o profesional que quiera estudiar los resultados de la enfermedad. Hemos descrito una amplia evidencia empírica sobre los efectos que tiene el cuidado de un familiar o amigo enfermo. El reconocimiento y la identificación de las consecuencias de la provisión de cuidados permite que se implanten intervenciones para beneficiar a los cuidadores y a aquellos a los que se cuida, además de, potencialmente, a la sociedad en general en cuanto a menores costes sociales y de atención sani-

taria de la provisión de los cuidados para los propios cuidadores, que pueden experimentar un estrés significativo, una importante carga o una mala salud.

De forma importante, hemos puesto de relieve que el proporcionar cuidados a un enfermo, o el estar enfermo, no acarrea inevitablemente consecuencias negativas. También hemos abordado una nueva e importante área de investigación que destaca que las percepciones de la enfermedad y sus consecuencias pueden variar en las parejas que conviven con la enfermedad, y cómo pueden influir estas discrepancias y la interdependencia de la relación sobre una amplia variedad de resultados. La diversidad de consecuencias y de factores moderadores descritos en este capítulo debería proporcionar al lector una firme base sobre la que estudiar la psicología de la enfermedad.

Lecturas recomendadas

Suls, J. y Wallston, K. A. (eds.) (2003). *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Malden, Mass., Blackwell.

Este exhaustivo texto presenta material que es central para muchos capítulos de nuestro manual. Para el presente capítulo, puede fijarse en especial en los Capítulos 16 a 19, donde se describen las influencias psicológicas, sociales y de las relaciones sobre el ajuste a la enfermedad.

Pinquart, M. y Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and non-caregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18: 250-267.

Este artículo revisa los datos de muchos estudios clave sobre la relación entre la provisión de cuidados y los resultados de salud, y constituye una valiosa fuente de información referenciada para quien quisiera analizar este tema con más detalle.

Lee, C. (1999). Health, stress and coping among women caregivers: a review. *Journal of Health Psychology*, 4: 27-40.

Este artículo de revisión describe y analiza algunos de los temas relacionados con el sexo y la proporción de cuidados.

El dolor

CAPÍTULO 16

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre:

- Los distintos tipos de dolor.
- La prevalencia del dolor crónico.
- Los factores psicológicos que influyen sobre la experiencia del dolor.
- La teoría de la compuerta.
- Tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales del dolor agudo y crónico.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

En este capítulo se analizan una serie de explicaciones fisiológicas y psicológicas de nuestras distintas experiencias del dolor. Primero se estudia la experiencia del dolor: cómo se definen los diversos tipos de dolor, cuál es su prevalencia, y cómo respondemos ante el dolor agudo y crónico. A continuación se pasa a analizar el papel de la emoción, las cogniciones y la atención como mediadores en la experiencia del dolor. En el siguiente apartado se describe la teoría de la compuerta desarrollada por Melzack y Wall, que explica cómo se combinan los factores biológicos y psicológicos para crear nuestra experiencia del dolor. Finalmente, se pasa a considerar una serie de intervenciones psicológicas utilizadas en el tratamiento, tanto del dolor agudo como del dolor crónico.

La experiencia del dolor

El dolor es una sensación con la que la mayoría de nosotros estamos familiarizados. Es funcional. Es desagradable y nos advierte de un peligro potencial para nuestro cuerpo. Un acto reflejo cuando sentimos dolor es alejarse de la causa o intentar reducirlo. El dolor también puede indicar la aparición de una enfermedad: y es el síntoma que tiene más probabilidades de hacer que un individuo busque ayuda médica. Los individuos que padecen un trastorno denominado insensibilidad congénita al dolor, que no pueden sentir dolor, suelen fallecer a una edad temprana (Nagasako, Oaklander y Dworkin, 2003) porque no reaccionan ante enfermedades cuyo principal síntoma es el dolor (como la apendicitis) o no evitan situaciones que ponen en riesgo su salud. Podrían, por ejemplo, sufrir quemaduras graves por estar demasiado cerca de una llama de fuego sin experimentar las señales de advertencia que la mayoría de nosotros damos por sentado.

A pesar de sus ventajas para nuestra supervivencia, cuando el dolor dura mucho tiempo, es considerado como destructivo y problemático. Puede ser tan difícil ignorarlo que termina invadiendo toda nuestra vida. El dolor crónico puede ser resultado de enfermedades a largo plazo como la artritis reumatoide, pero el dolor también puede perdurar mucho después de haberse producido cualquier daño físico o se puede experimentar en áreas del cuerpo que ya no existen. Muchas personas a las que se les ha amputado un brazo o una pierna experimentan el **dolor del miembro fantasma**, por el que experimentan dolor en el miembro que se les ha amputado, a veces durante muchos años. Por ello, puede ser difícil adaptarse al dolor y contribuye a problemas a largo plazo para el individuo afectado.

Dolor del miembro fantasma

Un fenómeno que se produce tras la amputación de un miembro y por el que el individuo siente que sigue teniendo su miembro y que le duele.

Tipos de dolor

Las definiciones médicas han clasificado diversos tipos de dolor, que incluyen:

- **Dolor agudo:** a pesar de que la experiencia del dolor agudo de la mayoría de nosotros es de un dolor que dura tan sólo unos pocos minutos, se define el dolor agudo como aquel dolor que dura menos de tres a seis meses. Algunos episodios de dolor agudo, que suelen incluir algún tipo de lesión, pueden producirse sólo una vez, y el dolor suele desaparecer una vez que se ha sanado el tejido dañado. Los ejemplos incluyen un dolor de muelas y dar a luz. Sin embargo, el dolor agudo puede ser recurrente. Los problemas como la **migraña**, los dolores de cabeza o la **neuralgia del trigémino** pueden incluir episodios de dolor repetidos, y se puede definir cada uno de ellos como «agudo» pero que también forman parte de una patología a más largo plazo.
- **Dolor crónico:** se trata de un dolor que se prolonga durante más de tres a seis meses. El dolor crónico suele empezar con un episodio de dolor agudo que no mejora con el tiempo. En esta categoría existen dos tipos generales de dolor: (1) dolor con una causa identificable,

Migraña

Un dolor de cabeza cuyos síntomas incluyen náuseas, vómitos o sensibilidad a la luz. Relacionado con cambios de la circulación sanguínea en el cerebro.

Neuralgia del trigémino

Una dolorosa inflamación del nervio trigémino que provoca un intenso y severo dolor facial.

como la artritis reumatoide o una lesión de espalda, y (2) dolor sin ninguna causa identificable. Este último no es infrecuente: el 85 por ciento de los casos de dolor de espalda no tiene una causa física conocida (Deyo, 1991). El dolor crónico puede, en sí, dividirse en dos tipos:

1. *Dolor crónico benigno (persistente)*: en el que se experimenta un dolor a largo plazo con una intensidad similar a lo largo del tiempo. Un ejemplo podría ser el dolor de lumbago.
2. *Dolor crónico progresivo*: aquí el dolor empeora progresivamente con el tiempo debido a la progresión de una enfermedad como la artritis reumatoide.

Otra forma de pensar en los distintos tipos de dolor es reflexionando sobre la naturaleza del dolor. Aquí se suelen utilizar tres dimensiones de la experiencia:

1. *El tipo de dolor*: incluye dolor insistente, perforante, palpitante, irritante, punzante, agudo y caliente.
2. *La gravedad del dolor*: de leve a atroz.
3. *El patrón del dolor*: que incluye el dolor breve, continuo e intermitente.

La prevalencia del dolor

Sería difícil encontrar a muchas personas que no hayan experimentado cierto grado de dolor agudo durante el último mes, más o menos, pero el dolor crónico también es notablemente frecuente. Blyth, March y Cousins (2003), por ejemplo, concluyeron que el 21 por ciento de una amplia muestra de una comunidad informaba de cierto grado de dolor crónico. Las causas señaladas con más frecuencia eran: heridas (38%), lesiones deportivas (13%) y un «problema de salud» (29%). Casi el 80 por ciento de los que afirmaban tener un dolor crónico había consultado a un médico en los seis meses anteriores a la encuesta. Eriksen, Jensen, Sjogren *et al.* (2003) refirieron niveles de prevalencia similares: el 19 por ciento de la muestra de su comunidad tenía cierto grado de dolor crónico. Las personas mayores tenían más probabilidades de informar de dolor que las más jóvenes (reflejando, tal vez, mayores niveles de enfermedad en una población de más edad). Las personas divorciadas o separadas tenían más probabilidades de manifestar que padecían dolor que las casadas. No es sorprendente, tal vez, que las personas que realizan trabajos con una «gran demanda física» tuvieran más probabilidades de informar de un dolor crónico que las que están en puestos de trabajo más sedentarios.

El dolor es una de las principales razones por las que se acude a un médico. Mantyselka *et al.* (2001), por ejemplo, señalan que el 40 por ciento de las visitas a los centros de atención primaria se debía al dolor; el 21 por ciento de su muestra de personas que habían acudido al médico siendo su síntoma principal el dolor lo habían experimentado durante más de seis meses, y el 80 por ciento refería un ejercicio físico limitado como conse-

cuencia de su dolor. Las áreas más comunes de dolor eran el lumbago, el abdomen y la cabeza. Entre los grupos de pacientes concretos, los niveles de dolor pueden ser incluso superiores. Por ejemplo, Potter, Hami, Bryan *et al.* (2003) encontraron que el 64 por ciento de las personas que recibían cuidados en una residencia, la mayoría con un diagnóstico de cáncer terminal, señalaba el dolor como uno de sus principales síntomas. El coste del dolor no es sólo físico y psicológico, sino también económico. Maniadas y Gray (2000), por ejemplo, estiman que los costes directos para el sistema sanitario británico del tratamiento del dolor de espalda en 1998 ascendió a 1.632 millones de libras esterlinas. Los costes *indirectos* del dolor de espalda para la economía, en cuanto a días de baja laboral, pérdidas de producción en la industria, el coste del cuidado «informal» de las personas con dolor de espalda, etc., eran incluso mayores: estimados en unos 10.668 millones de libras esterlinas.

Vivir con dolor

La afirmación de que el dolor crónico es desagradable refleja la importancia de sus efectos potenciales. El dolor puede tener un efecto profundo sobre el individuo afectado y los que lo rodean, tanto que muchas personas con dolor crónico organizan su vida en función de su dolor. Puede hacer que dejen de participar en cualquier actividad física, social y, también, laboral. Algunos incluso tienen problemas para cuidarse a sí mismos en su vida cotidiana. Puede afectar a relaciones sociales y conyugales, creando conflictos entre las parejas que, en sí, pueden exacerbar el dolor (Lang, Joyce, Spiegel *et al.*, 1996). También puede afectar a la situación económica de un individuo, ya que puede perder su puesto de trabajo debido a una incapacidad relacionada con el dolor. Merece la pena destacar que las personas que están en puestos de trabajo que son exigentes desde el punto de vista físico tienen más probabilidades de experimentar dolor que aquellas que realizan trabajos sedentarios, y más posibilidades de perder el trabajo debido a las limitaciones físicas que provoca el dolor (Eriksen, Jensen, Sjogren *et al.*, 2003).

No resulta sorprendente que los niveles de depresión sean elevados entre las personas que padecen un dolor crónico (Bair, Robinson, Katon y Kroenke, 2003). Sin embargo, no siempre queda clara la dirección de la relación entre depresión y dolor. Es posible que algunas personas que están deprimidas se centren en los síntomas corporales o en achaques y dolores menores y tengan más probabilidades de percibirlos como «síntomas» dolorosos de una enfermedad que los individuos que no están deprimidos. Es decir, la depresión podría provocar que la persona identificase un nivel elevado de síntomas de dolor. En otros casos, la tensión de vivir con el dolor y las restricciones vitales que impone podrían provocar una depresión. Puede que exista, en efecto, una relación *recíproca* entre la depresión y el dolor. Es posible que las personas que están deprimidas se sientan incapaces de afrontar el dolor y, por tanto, limiten sus actividades para minimizar el dolor que experimentan. Esta falta de actividad podría provocar un entumecimiento de las articulaciones y los músculos, lo que provocará

un mayor dolor cuando intenten hacer actividades. Esto, a su vez, puede limitar aún más la actividad y aumentar su depresión. Y así se perpetúa el ciclo.

Otro factor adicional que puede influir sobre la manera en que las personas responden al dolor proviene de sus relaciones con su entorno social. El dolor acarrea una serie de costes: también puede producir una serie de beneficios (de los que, a menudo, no se es consciente) tanto para la persona que padece el dolor como para las que la rodean. Bokan, Ries y Katon (1981), por ejemplo, han identificado tres tipos de «ganancias» o recompensas relacionadas con el dolor:

1. *ganancia primaria (intrapersonal)*: se produce cuando las expresiones del dolor (estremecimiento, agarrarse la zona con dolor, etc.) dan lugar al cese o reducción de una actividad aversiva; por ejemplo, alguien que se encarga de la tarea doméstica que causa el dolor y deja de hacerla;
2. *ganancia secundaria (interpersonal)*: se produce cuando la conducta de dolor genera un resultado positivo, como expresiones de simpatía o cuidados;
3. *ganancia terciaria*: incluye sensaciones de placer o satisfacción que puede experimentar un tercero cuando ayuda al individuo que padece el dolor.

Puede surgir otro tipo de ganancia más de las creencias de un individuo sobre su dolor. Si cree que cuando hace determinadas cosas el dolor que experimenta indica que se está haciendo daño físicamente, la ganancia por el alivio que se consigue al evitar la actividad puede reforzar la falta de acción y de actividad.

Estos diversos tipos de recompensas pueden generar considerables problemas. Si un individuo que padece dolor se encuentra en un entorno en el que sus expresiones de dolor se ven recompensadas por resultados que desea y los que lo rodean se sienten satisfechos por proporcionar estas recompensas, es posible que cada vez haga menos para ayudarse a sí mismo, lo que provoca una mayor inactividad, desgaste y entumecimiento muscular, lo cual agudiza cualquier problema que tenga. Imagine, por ejemplo, que el señor García tiene un dolor de espalda crónico desde hace varios meses. Durante este tiempo ha identificado determinadas actividades que aumentan su dolor. Las actividades como alzar los brazos estando de pie y levantar peso le resultan particularmente difíciles. Por desgracia, estas actividades se corresponden con los movimientos que realiza al lavar los platos después de comer. Por ello, le preocupa que el dolor que padece pueda deberse a la posición que tiene que adoptar al lavar los platos. Así pues, aunque no se queja de tener que lavar los platos, demuestra su dolor con muecas y una postura extraña cuando está ante el fregadero. Su mujer, alertada por esta conducta no verbal y queriendo que su marido no sufra, se ofrece a lavar los platos en un par de ocasiones, y enseguida el marido deja de lavarlos para siempre. Gracias a esto, el señor García se siente mejor porque evita sus preocupaciones y una tarea aburrida, y la señora García se siente mejor porque cuida de su marido y quiere hacer todo lo que

pueda por él. Parece una situación en la que todo el mundo sale ganando. Sin embargo, es posible que ambas partes terminen perdiendo a causa de este proceso: el señor García porque su creciente inactividad le provocará mayores problemas de espalda; la señora García porque, al final, terminará sobrecargada y resentida por su papel como «cuidadora».

Brena y Chapman (1983) describieron las denominadas «cinco Ds» que pueden derivarse de este entorno:

1. dramatización de las quejas;
2. desuso por falta de actividad;
3. abuso de drogas, por un exceso de medicación en respuesta al dolor;
4. dependencia de los demás, por una indefensión aprendida y un menor uso de las habilidades de afrontamiento personales;
5. discapacidad por la inactividad.

Sin embargo, muchas personas afrontan bien el dolor crónico durante periodos de tiempo significativo sin tener estos problemas, y hay muchos entornos que promueven la actividad y minimizan la experiencia de dolor. Evers, Kraaimaat, Geenen *et al.* (2003), por ejemplo, han concluido que los pacientes que padecen artritis reumatoide y que tienen un buen apoyo social informaban de menos dolor y un mejor funcionamiento físico que aquellos que tenían menos apoyo. Esto puede deberse a una serie de factores. Los individuos que disfrutaban de un buen apoyo pueden sentirse animados por los amigos a participar en más actividades, lo que puede mantener la realización de ejercicio físico y prevenir el entumecimiento de las articulaciones y de otros factores que contribuyen al dolor. El apoyo emocional que proporcionan estas personas también puede influir sobre la experiencia de dolor. Sin embargo, el proceso descrito por Bokan, Brena y sus colaboradores indica que algunas personas pueden perder el control sobre su dolor y su salud, y pueden beneficiarse de algunas de las intervenciones de manejo del dolor que se analizan más adelante en este capítulo. El siguiente recuadro sobre HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN de este capítulo también ilustra algunos de los problemas de vivir con la anemia falciforme, una enfermedad dolorosa y debilitante experimentada por personas de ascendencia caribeña o africana.

Hallazgos de la investigación

Elander, J., Lusher, L., Bevan, B. y Telfer, P. (2003). Pain management and symptoms of substance dependence among patients with sickle cell disease. *Social Science and Medicine*, 57: 1683-1696.

Antecedentes

La anemia falciforme es una enfermedad heredada que afecta fundamentalmente a individuos de origen africano o caribeño. Los individuos que padecen esta enfermedad generan una forma extraña de glóbulos rojos, denominada hemoglobina S (de *sickle*, guadaña). La mayor parte del tiempo no padecen síntomas. Sin embargo, pueden tener episodios en los que sus glóbulos rojos adquieren forma de guadaña. En estos momentos, se entumecen,

adoptan una forma distorsionada y tienen dificultad para pasar por los pequeños vasos sanguíneos del cuerpo. Por ello, pueden bloquearlas, impidiendo que la sangre llegue a las partes del cuerpo cercanas a la zona del bloqueo, provocando un dolor severo. Estos episodios se tratan utilizando fuertes analgésicos, incluyendo analgésicos intravenosos, como la petidina, la morfina o la diamorfina, todas ellas pertenecientes a la familia de fármacos opiáceos. La gravedad del dolor experimentado por las personas que padecen esta enfermedad puede hacer que muchos terminen automedicándose con drogas ilegales y adictivas, para ayudarlas a controlar su dolor en el día a día y prevenir la hospitalización. Este estudio analizaba la prevalencia de la adicción a los analgésicos en un grupo de personas que padecían esta enfermedad e intentaban comprender los temas relacionados con el uso de estas drogas.

Método

El estudio incluía la entrevista de pacientes con esta enfermedad sobre la forma en que manejaban el dolor fuera del hospital.

Participantes

Los participantes fueron 51 pacientes de esta anemia que vivían en Londres. Su edad media era de 34 años, y tenían una media de 8,7 episodios dolorosos que habían tratado en su propia casa durante el año anterior, y 1,8 hospitalizaciones en el mismo periodo.

Procedimiento

Las entrevistas estaban semi-estructuradas. Se utilizaron preguntas que permitían un diagnóstico, o bien del abuso de drogas, o bien de la dependencia de ellas.

Se preguntó a los participantes si estos síntomas reflejaban los intentos de controlar el dolor o si se debían a otras razones (por ejemplo, un uso de drogas recreativo).

Resultados

Los resultados principales del estudio fueron:

- El 37 por ciento de los participantes cumplía los criterios de abuso de drogas en el año anterior debido a sus intentos de controlar su dolor.
- El 31 por ciento de los participantes cumplía los requisitos del diagnóstico de la dependencia de drogas en el año anterior debido a sus intentos de controlar el dolor.

Además, en las entrevistas surgieron cinco temas relacionados con el uso de drogas:

1. *Utilización de las drogas como un intento de afrontamiento activo*: describieron cómo los intentos de detener rápidamente el dolor, manejarlo en casa y evitar la hospitalización provocaron una conducta que «parecía» una conducta de dependencia de las drogas.
2. *Búsqueda de una vida más normal*: se utilizaban las drogas, a veces a pesar de sus efectos secundarios, para mantener las actividades cotidianas.
3. *Concienciación sobre la dependencia*: muchos participantes expresaban su desagrado hacia la medicación y mostraban su concienciación sobre los riesgos de dependencia, incluso cuando su utilización sólo estaba relacionada con el control del dolor.

4. *Perturbación psicológica*: muchas personas utilizaban analgésicos para controlar las consecuencias psicológicas negativas de su dolor, como la depresión, el estrés o no dormir lo suficiente.
5. *Actividades dificultadas*: la utilización de analgésicos ayudaba a controlar el dolor, pero acarreaba una serie de aspectos negativos, como somnolencia, que interferían con las actividades cotidianas.

Discusión

Este artículo pone de relieve algunos de los problemas que tienen las personas cuando intentan controlar un dolor extremo, que puede producirse en cualquier momento, al tiempo que mantienen una vida «normal». Las tensiones entre el control del dolor, intentar no ser hospitalizado, y la dificultad de las actividades, así como la concienciación sobre la dependencia indeseada hablan elocuentemente de las dificultades que tienen que afrontar estas personas. La alta prevalencia de la dependencia y abuso de drogas específicamente relacionadas con el control del dolor muestra hasta qué punto pueden llegar para intentar controlar su dolor de forma que sea aceptable en su vida y evitar ser hospitalizados. Estos autores sugieren que los datos indicaban que los médicos podrían haber sido muy conservadores y haberse mostrado muy poco dispuestos a proporcionar medicación para el dolor en la medida en que los afectados consideraban que era necesario. Esto demuestra la tensión que pueden sentir los médicos: entre proporcionar una medicación «suficiente» para satisfacer las necesidades de los pacientes y una prescripción excesiva que provocaría dependencia.

Modelos biológicos del dolor

Tal vez la teoría biológica más sencilla sobre el dolor es que hay «receptores del dolor» en la piel y en otras partes del cuerpo que, cuando se activan, transmiten información a un centro en el cerebro que procesa la información relacionada con el dolor. Una vez activado, este «centro de dolor» produce una experiencia sensorial de dolor. Este tipo de teoría, conocida como una *teoría de la especificidad*, fue propuesta por primera vez en el siglo III a. C. por Epicuro, y fue retomada posteriormente por Descartes y otros en el siglo XVII. Von Frey (1894; véase Norrsell, Finger y Lajonchere, 1999) amplió esta teoría sugiriendo que nuestra piel contiene tres tipos de nervios distintos, respondiendo cada uno de ellos al contacto, al calor o al dolor. Estas teorías fueron más elaboradas por Goldscheider (1884; véase Norrsell, Finger y Lajonchere, 1999), con la *teoría del patrón del dolor* que sugería que las sensaciones de dolor se producen únicamente cuando el grado de estimulación del nervio supera determinado umbral. Estos modelos biológicos básicos del dolor, con cierta elaboración, siguieron siendo dominantes hasta la década de 1960. Estaban respaldados por la identificación de nervios que eran sensibles a distintos tipos de dolor, y por tractos nerviosos que iban de la piel hasta la columna vertebral, donde se unían a otros nervios antes de dirigirse al cerebro (véase más adelante).

Estas teorías tienen un postulado común: que la sensación de dolor es una representación directa del grado de daño físico o sensación que percibe el individuo. Este postulado goza del beneficio de la sencillez. Por desgracia, se puede demostrar fácilmente que es incorrecto. Ya hemos indicado una serie de factores que influyen sobre nuestra experiencia del dolor. Se han utilizado otros tres conjuntos de evidencias empíricas para poner en duda estas sencillas teorías biológicas del dolor:

1. El dolor cuando no hay receptores del dolor.
2. «Receptores del dolor» que no transmiten dolor.
3. Evidencias del impacto de los factores psicológicos en la experiencia del dolor.

Dolor cuando no hay receptores de dolor

Tal vez la prueba más evidente para contradecir estos sencillos modelos biológicos sea que hay muchas personas que experimentan dolor cuando no existe ningún nervio receptor del dolor. El ejemplo más drástico de este fenómeno se conoce como el *dolor del miembro fantasma*, que incluye sensaciones, a veces extremadamente dolorosas, que parecen localizadas en el miembro ausente de un paciente que ha padecido una amputación. Estas sensaciones van desde una sensación de presión o cosquilleo hasta un intenso dolor, quemazón o calambres, en un miembro que ya no existe. Hasta el 70 por ciento de los amputados informa de dolor del miembro fantasma a la semana de la amputación, y más de la mitad de estas personas sigue experimentando el dolor del miembro fantasma durante muchos meses, o incluso años, tras una cirugía (Dijkstra, Geertzen, Stewart *et al.*, 2002). Resulta interesante que las personas a las que se ha amputado un miembro superior tienen muchas menos probabilidades de experimentar el dolor del miembro fantasma que aquellas a las que se ha amputado una pierna. Las personas con parálisis y lesiones de la columna vertebral también manifiestan tener experiencias parecidas. Por desgracia, resulta difícil tratar el dolor del miembro fantasma y puede tener un significativo impacto negativo entre las personas que padecen este trastorno.

«Receptores del dolor» que no transmiten dolor

Un segundo fenómeno físico que presenta problemas para las teorías biológicas básicas deriva de las experiencias de las personas que padecen la insensibilidad congénita al dolor que se ha mencionado anteriormente. Los individuos con este problema pueden padecer fracturas óseas sin dolor y ulceraciones de las manos y pies que pueden pasarles desapercibidas. Puede que no identifiquen el dolor como síntoma de una enfermedad grave y padezcan lesiones dramáticas porque no consiguen reaccionar a las señales de peligro. Algunas personas con este problema pueden incluso padecer una ulceración de la córnea del ojo, ya que no se protegen de una fuerte luz solar (Nagasako, Oaklander y Dwordin, 2003). Los individuos que

padecen este trastorno parecen tener unas vías del dolor intactas, por lo que presentan el problema opuesto al que plantean los miembros-fantasma: son incapaces de sentir el dolor cuando tienen una vía de dolor aparentemente intacta.

Influencias psicológicas del dolor

Se han identificado una serie de factores psicológicos que influyen sobre la experiencia del dolor. Tres factores clave son:

1. *Estado de ánimo y dolor*: la ansiedad y la depresión reducen la tolerancia al dolor y aumentan la posibilidad de que se informe del mismo.
2. *Atención y dolor*: si se centra la atención en el dolor, aumentará la experiencia del mismo.
3. *Cogniciones y dolor*: la expectativa de que el dolor aumentará o se reducirá puede ser una profecía autocumplida.

■ Estado de ánimo y dolor

El estado de ánimo influye sobre la percepción del dolor, y éste influye sobre el estado de ánimo. La evidencia de la influencia del estado de ánimo sobre la experiencia de dolor puede encontrarse en estudios en los que se pide a los participantes que clasifiquen o toleren el dolor hasta que sea demasiado grande como para seguir soportándolo. Estas investigaciones han demostrado que los participantes deprimidos o ansiosos informan de un estímulo de dolor equivalente como más doloroso que las personas que no tienen ningún trastorno del humor (por ejemplo, Mel'nikova, 1993). Análogamente, Pinerua-Shuhaibar, Prieto-Rincon, Ferrer *et al.* (1999) han concluido que las personas deprimidas pueden tolerar un dolor agudo durante algo menos de la mitad del tiempo que los individuos que no están deprimidos quieren o pueden hacer.

Los cambios del estado de ánimo a corto plazo también pueden afectar a la experiencia del dolor. Por ejemplo, Fisher y Johnston (1996b) dieron a los pacientes con dolor de lumbago un sencillo procedimiento de inducción del estado de ánimo por el que les preguntaban, o bien por las facetas deprimentes de su problema, o bien por los aspectos más positivos de la misma, y cómo los afrontaban. Antes y después de este procedimiento se entregó a los participantes una bolsa de plástico en la que poner todos los paquetes de arroz que se consideraban capaces de sostener y se les pidió que la sostuvieran hasta que se sintieran incómodos. En comparación con los resultados iniciales que servían de referencia, los participantes que señalaron los temas deprimentes (y que, por tanto, se suponía que estaban más deprimidos) obtuvieron peores resultados. Por el contrario, aquellos cuyo estado de ánimo había mejorado fueron capaces de sostener el mismo peso durante un periodo superior al inicial de referencia. Se trata de un estudio importante, ya que utilizaba a pacientes reales que tenían que realizar tareas similares a las de sus actividades cotidianas.

La evidencia sobre la relación recíproca entre el dolor y el estado de ánimo que se ha sugerido anteriormente también ha sido señalada en una serie de estudios. Por ejemplo, Moldofsky y Chester (1970) hicieron un seguimiento de un grupo de personas con dolor en las articulaciones, midiendo sus niveles de dolor y su estado de ánimo dos veces al día durante poco más de un mes. Identificaron dos patrones distintivos de la relación entre el estado de ánimo y el dolor. Un grupo se caracterizaba por aumentos de la ansiedad o la ira que precedían al incremento del dolor. El otro señalaba incrementos en una medida de la depresión tras un periodo de mayor dolor. Es decir, en un grupo parecía que el empeoramiento del estado de ánimo daba lugar a una mayor percepción del dolor; en el otro, el incremento del dolor provocaba un empeoramiento del estado de ánimo. Magni, Moreschi, Rigatti-Luchini *et al.* (1994) llegaron a conclusiones parecidas en su estudio longitudinal de más de 2.000 participantes a quienes hicieron un seguimiento durante un periodo de ocho años. Concluyeron que los participantes que informaban de un dolor crónico al inicio del estudio tenían casi tres veces más de probabilidades de deprimirse en el periodo de seguimiento que los que no tenían este problema. Por el contrario, otro grupo de personas que estaban deprimidas, pero que no tenían dolor al inicio del estudio, tenían más del doble de posibilidades de informar de haber padecido un periodo significativo de dolor durante el periodo de seguimiento. Estos autores especulaban sobre la posibilidad de que la depresión pudiera predecir la ocurrencia de «manifestaciones de dolor», mientras que algunas «manifestaciones de dolor» podrían predecir la depresión, aunque no quedaba clara la naturaleza de estos dos grupos. Baste decir que existe una interacción entre el dolor y el estado de ánimo que puede actuar en ambos sentidos.

■ Atención y dolor

Una de las formas en que el estado de ánimo puede influir sobre nuestra percepción del dolor es influyendo sobre la atención que prestamos a cualquier sensación de dolor. Las personas deprimidas o ansiosas pueden prestar más atención a cualquier sensación de dolor que las demás, y esta atención puede influir de forma significativa sobre la experiencia de dolor. El centrarse en el dolor parece aumentar su impacto: el centrarse en otras cosas parece reducirlo. Por ejemplo, muchas personas que padecen lesiones cuando están practicando un deporte que requiere esfuerzo y concentración no son conscientes de la gravedad de la lesión hasta que ha terminado el partido. Desde un punto de vista menos anecdótico, existe evidencia empírica de que hay menos personas que experimentan el dolor tras un trauma físico en momentos de intenso estrés, como estar en el campo de batalla, que cuando se padecen lesiones parecidas en situaciones menos estresantes (Beecher, 1946). Puede que se deba a factores relacionados con la atención: en el campo de batalla hay muchas distracciones importantes del dolor propio. Sin embargo, puede que también influyan otros factores. Por ejemplo, es posible que los soldados estuvieran, sencillamente, contentos de estar vivos tras la batalla y que pensaran que haber sufrido heridas

lograría que se les enviara lejos del campo de batalla. Es más probable que los civiles consideren sus heridas como algo desagradable que probablemente interferirá con sus actividades cotidianas. Por tanto, el tema aquí podría ser el significado que se adjudica a la herida y al dolor tanto como el grado de atención que se presta.

Sin embargo, sí que parece que la atención y, quizá, otros factores emocionales y cognitivos influyen sobre el grado de dolor experimentado por unos individuos sometidos a ritos religiosos de mutilación. Tal vez el ejemplo más dramático sea un ritual de fertilidad realizado en el norte de la India, en el que se transporta a los hombres de pueblo en pueblo suspendidos de cuerdas y ganchos clavados en la piel de su espalda y atados a palos para llevarlos (Melzack, 1973). Parece que en la tradicional danza del sol de los indios americanos se producía un proceso parecido, que incluía a bailarines agujereados atados a un palo ceremonial con correas medidas en los cortes de su pecho y que bailaban durante horas hasta romperse la piel y liberarse (Morris, 1999). Los dos tipos de rituales se producían sin que los participantes sufrieran aparentemente dolor.

Una serie de estudios experimentales también han concluido que reducciones del dolor tras la utilización de técnicas de distracción, mientras que las manipulaciones experimentales que aumentaban la atención hacia los estímulos dolorosos provocaban un aumento de la sensación de dolor. James y Hardardottir (2002), por ejemplo, pidieron a sus pacientes que pusieran el antebrazo en agua muy fría (un procedimiento tremendamente doloroso conocido como la *cold pressor test (CPT)* o *prueba de inducción de dolor por criopresión* y que se concentraran, o bien en una tarea informática, o bien en las sensaciones de dolor. Los que se centraban en el dolor tenían menos capacidad para tolerarlo y sacaban el brazo del agua significativamente antes que los que realizaron la tarea de distracción.

El sesgo de la atención también podría explicar por qué algunas personas con un dolor agudo terminan desarrollando un dolor crónico y otras no. Vlaeyen, Kole-Snijders, Boeren *et al.* (1995), por ejemplo, sugerían que las personas que desarrollan un dolor crónico sin tener ninguna lesión o inflamación física clara pueden responder al dolor agudo con cierto grado de temor o preocupación por sus consecuencias, y empiezan a comprobar continuamente si no tienen alguna sensación de dolor que, puesto que ahora están prestando atención a diversos tipos de achaques y dolores que podrían pasar desapercibidos a cualquier otra persona, empiezan a observar y a clasificar como sintomático de un problema subyacente. También dejan de realizar actividades que pueden desencadenar un episodio de dolor. Esto provoca una mayor incapacidad y un dolor crónico. Esta hipótesis ha recibido el apoyo de estudios como el referido por Dehghani, Sharpe y Nicholas (2003). Su estudio, que utilizaba la tarea de detección visual (*Dot Probe Task*) para analizar el sesgo de la atención hacia los estímulos relacionados con el dolor, concluyó que las personas con dolor crónico prestaban más atención a las palabras que describían la experiencia sensorial del dolor que a las palabras neutras o a las que describían sus consecuencias emocionales o conductuales. Sus resultados también indicaban que las personas que tienen un alto grado de miedo al dolor atendían a estas palabras

Prueba de inducción de dolor por criopresión

Procedimiento por el que los participantes meten el brazo en agua con hielo manteniendo la temperatura del agua entre 0 y 3 grados centígrados.



más rápido y tenían dificultades para alejar su atención de estas palabras. Estos dos resultados respaldan la hipótesis de la atención del dolor crónico.

■ Cognición y dolor

El estado de ánimo puede influir sobre el dolor al influir sobre nuestros pensamientos respecto a la naturaleza y consecuencias de cualquier dolor. Los tipos de pensamiento que pueden influir sobre la experiencia de dolor incluyen:

- Atribuciones sobre la causa del dolor.
- Creencias sobre la capacidad de tolerar el dolor.
- Creencias sobre la capacidad de controlar el dolor.
- Expectativas sobre el alivio del dolor: el efecto placebo.

Atribuciones causales

Un sencillo ejemplo de cómo pueden influir las atribuciones de la causa del dolor a la experiencia del dolor fue el descrito por Cassell (1982) en referencia a un caso en el que el dolor de un paciente era controlado fácilmente con codeína cuando éste atribuía el dolor a la **ciática** pero requería fuertes analgésicos opiáceos cuando se atribuía el mismo dolor a padecer un cáncer. Walsh y Radcliffe (2002) han concluido que las creencias de las personas que padecen un dolor de espalda crónico influían sobre su disponibilidad a tomar parte en un programa de ejercicio. Las personas que creían que su dolor se debía a una lesión física de la columna vertebral se mostraban más reacias a realizar el ejercicio que las que lo atribuían a factores «psicológicos», debido a su miedo a que el ejercicio pudiera agravar el malestar de su espalda lesionada y aumentar su dolor. Análogamente,

Ciática

Dolor en la pierna, provocado por una irritación del nervio central de la pierna, el nervio ciático. Este dolor tiende a estar causado en el punto en el que los nervios pasan y emergen de los huesos inferiores de la columna vertebral (vértebra lumbar).

Murphy, Lindsay y Williams (1997) concluyeron que las actividades de las personas con dolor de lumbago estaban más condicionadas por sus expectativas del dolor que por el dolor real que experimentaban. Estaban más limitadas cuando el dolor que experimentaban superaba el nivel de dolor que esperaban experimentar. Cuanto mayor fuera la discrepancia entre sus expectativas del dolor y el nivel de dolor real, había menos probabilidades de que siguieran haciendo ejercicio; es de suponer que porque consideraban que este dolor adicional era indicativo de una lesión física provocada por el ejercicio.

Tolerancia al dolor

Un segundo conjunto de creencias que influyen sobre la experiencia del dolor incluye las creencias que tienen los individuos sobre su capacidad para tolerar o afrontar el dolor. Las personas que tienen unas expectativas elevadas sobre su capacidad de tolerar o afrontar el dolor parecen hacer, precisamente, eso mismo. En un ejemplo clínico de este fenómeno, Bachiocco, Scesi, Morselli *et al.* (1993) midieron una serie de variables en los pacientes antes de ser sometidos a cirugía, incluyendo la conducta de dolor anterior, la tolerancia familiar al dolor, el lugar de control y su capacidad esperada de afrontar el dolor. Cada una de estas variables predecía de forma independiente el grado en que experimentaban dolor durante el periodo de recuperación.

Control del dolor

Las personas que se sienten capaces de controlar su dolor parecen experimentar menos dolor que aquellas que no tienen esta creencia. En un estudio clínico de este fenómeno, Jensen, Turner y Romano (2001) concluyeron que, en un grupo de pacientes de dolor crónico que participaban en un programa de manejo del dolor, las mayores percepciones del control del dolor acompañaban reducciones del dolor informado. Este tipo de estudio, aunque resulta interesante, puede ser interpretado de distintas maneras: es posible que las reducciones del control hubieran llevado a un mayor control del dolor tanto como que la capacidad percibida de controlar el dolor provocara reducciones del mismo, o es posible que los cambios de ambas mediciones se produjeran de forma independiente. Los estudios experimentales nos permiten analizar este tema con más claridad. En uno de estos estudios, van den Hout, Vlaeyen, Peters *et al.* (2000) asignaron de manera aleatoria a participantes sanos a una de las tres siguientes condiciones preparatorias antes de someterlos a la **prueba de inducción de dolor por criopresión**. La condición preparatoria incluía una tarea en la que se daba retroalimentación acerca de que tenían un elevado nivel de control de la tarea, un bajo nivel de control, y una tercera condición en que no se les proporcionaba ninguna retroalimentación. A pesar del hecho de que la tarea inicial no estaba relacionada con el dolor, parece que tuvo cierto efecto sobre **prueba de inducción de dolor por criopresión**. En ésta, los participantes que habían recibido la información de tener un elevado con-

trol toleraron el frío durante un tiempo significativamente mayor que aquellos que recibieron una información de bajo control.

El control percibido también puede influir sobre la conducta relacionada con el dolor en poblaciones de pacientes. En una réplica parcial de su estudio sobre el efecto del estado de ánimo sobre la conducta de dolor, descrito anteriormente, Fisher y Johnston (1996) asignaron a pacientes con dolor crónico a condiciones en las que se aumentaban o disminuían sus percepciones del control del dolor de forma experimental. Se aumentaba el control pidiendo a los pacientes que hablaran sobre el momento en que habían controlado su dolor y se reducía pidiéndoles que recordasen los periodos en que su control del dolor había sido bajo. Los pacientes de la condición de control aumentado realizaron la tarea de sostener peso durante más tiempo que los pacientes en la condición de control reducido.

Expectativas de alivio del dolor

Las expectativas sobre el alivio potencial del dolor proporcionado por determinados fármacos u otros tratamientos pueden influir significativamente sobre la experiencia del dolor. El mejor ejemplo se puede encontrar en los trabajos sobre el efecto placebo. En placebo (del latín *placere, agradaré*) es un preparado inerte que no tiene efectos farmacológicos. A pesar de ello, periódicamente se identifica que tiene una profunda influencia sobre la experiencia del dolor, en parte debido a las atribuciones de poder médico que se le asigna. De los cientos de estudios que existen sobre el efecto placebo, hay dos que ofrecen ejemplos de este impacto. Verdugo y Ochoa (1994) han analizado la respuesta placebo a la inyección de agua salina (agua salada) cerca de la zona de máximo dolor de los pacientes con un dolor neuropático, es decir, un dolor que parece generado por los propios nervios, que puede ser difícil de tratar con los analgésicos convencionales. Tras esta sencilla intervención, casi las dos terceras partes de los pacientes señalaban una reducción del dolor del 50 por ciento o más. En un estudio similar, Fine, Roberts, Gillette *et al.* (1994) probaron un placebo inyectado en pacientes con un dolor de lumbago crónico. Todos los participantes del estudio señalaron experimentar reducciones significativas del dolor que empezaban entre 15 minutos y una hora después de la inyección y que perduraban durante varios días.

Aunque ninguno de los estudios medía directamente las creencias sobre la naturaleza de las intervenciones, este tipo de estudio proporciona una evidencia empírica indirecta de que las expectativas de los pacientes sobre el alivio del dolor, y el poder de una inyección para lograrlo, pueden influir significativamente sobre la experiencia de dolor. Por el contrario, muchas personas que están buscando una indemnización por una lesión tienen probabilidades de informar de más dolor y una mayor incapacitación debido a su dolor que aquellas que no buscan esta compensación (Suter, 2002). ¡Estos factores pueden hacer que el tratamiento de las enfermedades y trastornos dolorosos en las que hay un litigio en medio sea excesivamente complejo!



En el **punto** de mira

Etnia y dolor

Un anestesiista que había trabajado en diversos países describía la cantidad de anestesia que tenía que administrar a las personas que iban a ser sometidas a la misma operación en distintos países de Europa y en Estados Unidos. Sugería que si se tomaba el Reino Unido como «punto de referencia» respecto al cual comparar a los demás países, los estadounidenses quieren que se les duerma por completo y no experimentar dolor alguno, por lo que necesitan más anestesia que los británicos. Por el contrario, sugería que los ciudadanos de los países escandinavos esperan experimentar una cantidad de dolor razonable tras una cirugía, por lo que necesitan menos anestesia que los británicos. Sea cierto o no, plantea la pregunta de si existen diferencias en cuanto a las expectativas y la tolerancia al dolor en los distintos países y culturas.

Hay una serie de estudios que han analizado recientemente temas parecidos, estudiando las diferencias étnicas en la experiencia tanto de dolor agudo como crónico en Estados Unidos. Por ejemplo, Sheffield, Biles, Orom *et al.* (2000) han concluido que los participantes afroamericanos de su estudio clasificaban una serie de estímulos térmicos como más desagradables y mostraban una tendencia a considerar los estímulos como más intensos que los participantes blancos. Por cierto, las mujeres también mostraban una tendencia a clasificar los estímulos como más desagradables y más intensos que los hombres. Análogamente, Riley, Wade, Myers *et al.* (2002) concluyeron que los pacientes afroamericanos que experimentaban un dolor crónico informaban de unos niveles significativamente superiores de desagrado del dolor, de respuesta emocional al dolor y de conducta de dolor, pero no de la intensidad del dolor, que sus homólogos blancos. Las diferencias eran mayores para las medidas del desagrado y de la depresión y el miedo. En un estudio similar, Green, Baker, Sato *et al.* (2003) señalaban que los afroamericanos que sufrían dolor crónico informaban de más dolor, más perturbaciones del sueño y más depresión que sus homólogos blancos.

Estos datos plantean una serie de preguntas. La primera es por qué nos interesa este tipo de temas. ¿Por qué deberíamos esperar estas diferencias y qué es lo que nos dicen, si nos dicen algo? ¿Son las diferencias biológicas o genéticas? ¿Son el resultado de factores socioculturales? ¿Están mediadas cognitivamente? ¿Son el resultado de un informe sesgado de los resultados?, es decir, ¿existen estudios a los que no se hace referencia y que han concluido que no existen diferencias en la experiencia y las respuestas al dolor entre los distintos grupos sociales y étnicos? Los datos nos dicen muy poco sobre los orígenes de las diferencias entre los grupos y plantean el riesgo de que se establezcan estereotipos negativos.

Irónicamente, estos estereotipos emergentes contradicen, al menos, algunas de las creencias de los profesionales sanitarios sobre las diferencias étnicas en cuanto a los umbrales del dolor. La evidencia empírica que existe sugiere que los afroamericanos tienen más probabilidades de que se les ofrezcan menos analgésicos que a sus homólogos blancos, al menos en algunos hospitales estadounidenses (*véase* el Capítulo 2). Pero los estereotipos parecen influir sobre nuestras expectativas de los distintos grupos sociales y de cómo se los trata. Por ejemplo, Morris (1999) señala que los grupos menos poderosos de

cualquier cultura son los que tienen más probabilidades de que se ignore su dolor y que los más poderosos cuentan con más probabilidades de tener acceso a un buen alivio del dolor si lo necesitan. Citaba ejemplos históricos de indiferencia hacia el dolor de las personas dementes en el siglo XVIII, y de las mujeres americanas de color en el siglo XIX. Una interesante creencia destacada por Morris era que en los siglos XVIII y XIX se pensaba que los trabajadores tenían nervios «burdos» que los liberaban del dolor cuando realizaban duros trabajos manuales, mientras que los hombres y mujeres de las «clases superiores» tenían sistemas nerviosos «refinados» que no les permitían realizar este tipo de trabajos sin hacerse daño. Es necesario tener cuidado para no establecer más estereotipos raciales o étnicos.

Una teoría psicobiológica del dolor

Teoría de la compuerta

Teoría del dolor desarrollada por Melzack y Wall en la que se utiliza la «compuerta» como una metáfora de los elementos químicos, incluyendo las endorfinas, que mitigan la experiencia del dolor.

La evidencia empírica considerada anteriormente sugiere que hay dos tipos de procesos implicados en la experiencia del dolor: uno que incluye la información sensorial proveniente del lugar de estimulación dolorosa, y otro que implica procesos emocionales y cognitivos. La **teoría de la compuerta** propuesta por Melzack y Wall (por ejemplo, 1965) tiene en cuenta ambos procesos y se suele reconocer como la mejor descripción teórica del dolor que tenemos en la actualidad. Melzack y Wall utilizan la analogía de una compuerta para explicar la experiencia del dolor. Lo fundamental de su teoría de la compuerta es que el grado en que experimentamos dolor es el resultado de la interacción de factores cognitivo-evaluativos y motivacional-afectivos con los procesos fisiológicos, de modo que cuando hay una estimulación dolorosa:

1. Los receptores del dolor en la piel y en los órganos transmiten información sobre el daño físico a una serie de fibras gruesas y finas que penetran en la médula espinal (*véase* la Figura 16.1). La activación de las fibras gruesas cierra la compuerta, mientras que la de las fibras finas abre la compuerta y permite la transmisión sináptica.
2. Al mismo tiempo que experimentamos un daño físico, también percibimos las cogniciones y emociones relacionadas: miedo, alarma, etc. Esta información puede afectar a la experiencia de dolor, ya que facilita la apertura de la compuerta y el envío al cerebro de las señales de dolor.

El grado de dolor que experimentamos es el resultado de distintos niveles de activación en estos dos sistemas. La activación de los nervios sensoriales desde el lugar en que se produce el dolor hasta la médula espinal «abre» la compuerta. Esto activa los nervios que llevan a los centros de dolor y se reconoce como dolor: ésta es la esencia de las teorías biológicas del dolor descritas anteriormente. Sin embargo, las vías descendentes, activadas por los factores emocionales y cognitivos, también pueden influir sobre la posición de la compuerta. Los pensamientos ansiosos, o el centrar la atención en el dolor, «abren» la compuerta y aumentan nuestra experiencia del dolor; los pensamientos tranquilizadores o distractores «cierran» la

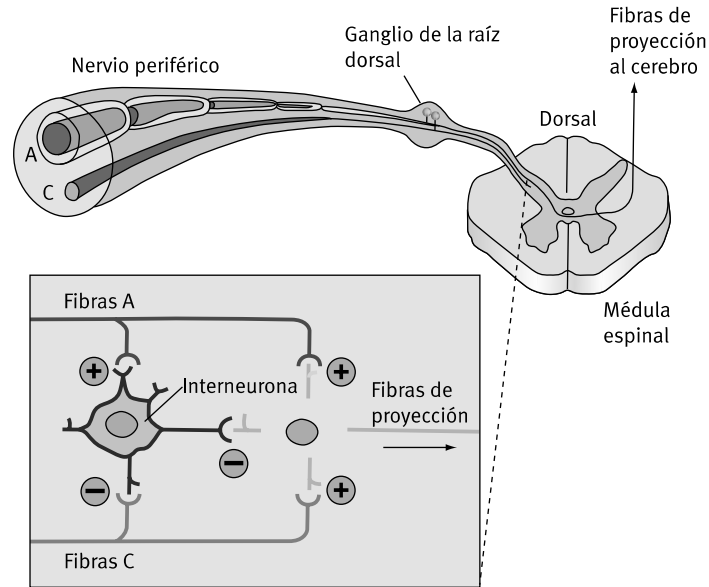


Figura 16.1 La transmisión de la información a lo largo de las fibras A-beta (fibras gruesas) y fibras A-delta y C (fibras finas) hasta la sustancia gelatinosa en la médula espinal y hacia arriba hacia el cerebro.

Fuente: adaptado de Rosenzweig, Leiman y Breedlove (1996: 272).

computera. Esto, en efecto, impide que los impulsos nerviosos viajen por la médula espinal hasta el cerebro y reducen la experiencia del dolor. La intensidad del dolor que experimentamos en cualquier momento puede ser una función de estos procesos que a veces son complementarios y, otras, son competitivos.

Las sensaciones de dolor se transmiten desde el lugar en que se ha producido una lesión hasta la médula espinal por los nervios conocidos como nociceptores, de los que se han identificado tres tipos:

- Fibras A delta (tipos I y II):
 - Responden a un leve contacto, ya sea un estímulo mecánico o térmico. Transportan información sobre un breve dolor intenso.
 - Estímulos nocivos muy fuertes relacionados con un daño potencial o real a los tejidos. La experiencia es de breve duración.
- Fibras C polimodales:
 - De conducción lenta.
 - Transportan información sobre un dolor sordo, palpitante que se experimenta durante un periodo mayor que el de las fibras A delta.

Tal vez la característica más importante de estas distintas fibras es que transmiten información a distinta velocidad. Por ello, nuestra respuesta a una lesión suele incluir dos fases:

1. La primera, mediada por las fibras A delta, incluye la experiencia de un dolor intenso.
2. A continuación sigue un dolor palpitante más crónico mediado por las fibras C polimodales.

Tálamo

Área del cerebro que relaciona las funciones básicas del rombencéfalo y el mesencéfalo con los centros de procesamiento superiores, el córtex cerebral. Regula la atención y contribuye a las funciones de la memoria. La parte que pertenece al sistema límbico está implicada en la experiencia de emociones.

Sistema límbico

Serie de estructuras en el cerebro, a menudo referidas como «la computadora emocional» por su papel en la coordinación de las emociones. Relaciona la información sensorial con una conducta emocionalmente relevante, en concreto, las respuestas al miedo y a la ira.

Hipotálamo

Área del cerebro que regula el apetito, la excitación sexual y la sed. También parece tener cierto control sobre las emociones.

Endorfinas

Elementos químicos naturales análogos a los opiáceos liberados en el cerebro y la médula espinal. Reducen la experiencia de dolor y pueden inducir sensaciones de relajación o placer. Están relacionadas con el denominado «subidón del corredor».

Catastrofismo

El acto de tener **pensamientos catastrofistas**.

Un segundo conjunto de nervios, conocido como fibras A beta, también transmite información táctil, en especial relacionada con un contacto leve. Estas fibras pueden trabajar a nuestro favor ya que proporcionan información que compite con la de las fibras A delta y C en la médula espinal. Cuando nos lesionamos, se inicia la activación de las fibras A delta, que envía «señales de dolor» por la médula espinal hasta el cerebro. El primer instinto que tenemos tras una lesión de este tipo es frotarnos el lugar de la lesión. Este sencillo acto reduce la cantidad de dolor que experimentamos. Se produce porque, al frotar el lugar de la lesión, se activan las fibras A beta que responden a esta leve estimulación. Puesto que transmiten información más deprisa que las fibras C, esta información llega al cerebro más deprisa y reduce el grado de activación que se hubiera desencadenado con tan sólo la información proveniente de las fibras C. Así pues, con la terminología de Melzack y Wall, la activación de las fibras A beta ante un leve contacto y estímulo puede cerrar la compuerta del dolor. La activación de las fibras A delta y C ante estímulos dolorosos abre la compuerta.

Las fibras A y C transmiten información a áreas de la médula espinal conocidas como la sustancia gelatinosa. Esta sustancia se encuentra en el asta dorsal de cada parte de la columna vertebral (véase la Figura 16.1). Aquí los impulsos nerviosos desencadenan la liberación de un elemento químico conocido como sustancia P en la sustancia gelatinosa. Ésta, a su vez, activa las fibras nerviosas conocidas como fibras T (transmisoras), que transmiten la sensación de dolor al cerebro:

- La información de las fibras A va al **tálamo** y al córtex, donde el individuo puede planificar e iniciar la acción para alejarse de la fuente del dolor.
- La información de las fibras C sigue un camino hasta el **sistema límbico**, el **hipotálamo** y el sistema nervioso autónomo (véase el Capítulo 8). La actividad en el sistema límbico añade contenido emocional, como miedo o alarma, a la experiencia del dolor. El hipotálamo controla la actividad dentro del sistema nervioso autónomo (véase el Capítulo 8), lo que nos permite responder rápidamente para alejarnos del dolor.

Los resultados de esta actividad nerviosa se transmiten *hacia abajo* a través de vías nerviosas conocidas como fibras reticuloespinales hasta el mecanismo de entrada (véase la Figura 16.2). Estas fibras pueden desencadenar la liberación de diversos elementos químicos en la «sopa» de elementos químicos de la sustancia gelatinosa (y del cerebro), siendo los más importantes las sustancias naturales de tipo opiáceo denominadas **endorfinas**. Éstas «cierran» la compuerta y moderan el grado de dolor experimentado. La actividad en este sistema está mediada por una serie de factores, y cada uno influye sobre la liberación de endorfinas. Entre estos factores se encuentran:

- *Centrarse en el dolor*: preocupación o **catastrofismo**, que reduce la cantidad de endorfinas liberadas y abre la compuerta.
- *Factores emocionales y cognitivos*: sentirse optimista y no preocupado por el «significado» del dolor aumenta la liberación de endorfi-

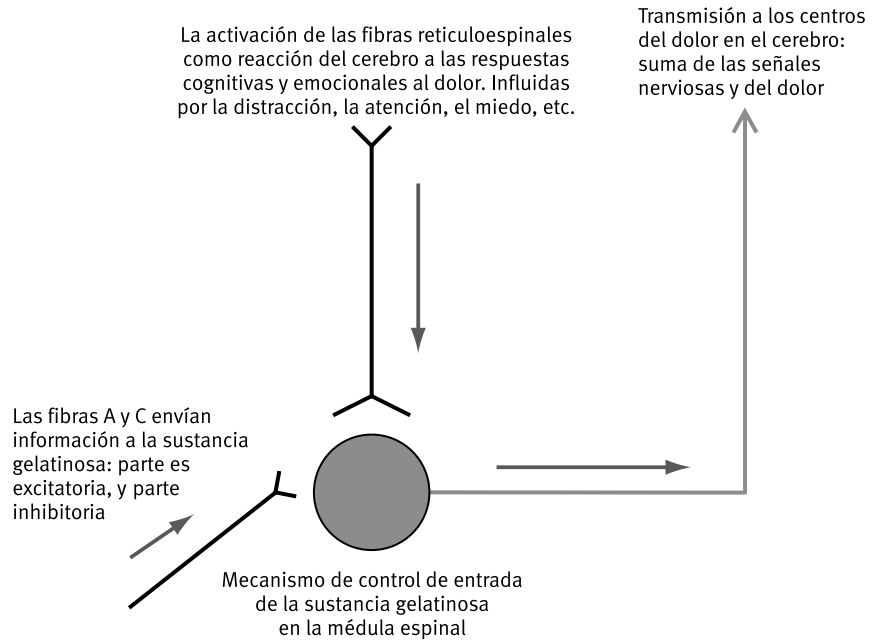


Figura 16.2 Visión esquemática del mecanismo de la compuerta postulado por Melzack y Wall.

Fuente: Acheson (1998).

nas y cierra la compuerta; la ansiedad, la preocupación, la ira o la depresión abren la compuerta.

- *Factores físicos*: la relajación aumenta la liberación de endorfinas y reduce la experiencia de dolor.

La medicación contra el dolor también «cierra» la compuerta del dolor.



Ya hemos identificado una serie de factores que influyen sobre nuestra experiencia del dolor. Piense en cómo reacciona *usted* al dolor. ¿Reflejan estos factores su propia experiencia del dolor? ¿Y cómo reaccionamos al dolor de la manera en que lo hacemos? ¿Se frota si se ha hecho un cardenal para aliviar el dolor? Si es así, ¿por qué lo hace? ¿Lo ha aprendido como una respuesta a anteriores experiencias del dolor, o se lo dijo uno de sus padres o un amigo? ¿Reacciona estoicamente ante el dolor? En caso afirmativo, ¿se debe a cómo esperan los demás que reaccione? «Los niños mayores no lloran»: la cultura y las experiencias de la infancia pueden promover distintas formas de expresar tanto el dolor físico como el emocional en las mujeres y en los hombres. ¿Afectan a cómo reacciona ante el dolor? ¿O responde de una forma que deriva de su propia personalidad? Las personas que normalmente son ansiosas o neuróticas pueden ser más proclives a reaccionar al dolor con ansiedad y un alto grado de activación fisiológica, lo que da lugar a una experiencia relativamente

elevada de dolor (y a considerar que otras sensaciones corporales son «síntomas» de una enfermedad: véase el Capítulo 9). Las personas que están más relajadas y son más optimistas pueden tener una respuesta menos emocional al dolor y experimentar relativamente menos dolor. ¿Es así en su caso?

Interpretaciones futuras del dolor: la neuromatriz

A pesar del éxito de la teoría de la compuerta, no ha conseguido explicar un importante tipo de dolor: el dolor del miembro fantasma. La teoría no puede explicar el dolor cuando no hay una estimulación de las fibras A y C. En respuesta a estas limitaciones, Melzack (1999) ha desarrollado una teoría más compleja de los mecanismos del dolor que intenta explicar este misterioso fenómeno. Su modelo parte de tres supuestos clave:

1. Los mismos procesos neurales que están involucrados en la percepción del dolor en un cuerpo intacto están involucrados también en la percepción del dolor en el miembro fantasma.
2. Todas las cualidades que sentimos normalmente en el cuerpo, incluyendo el dolor, pueden sentirse sin *inputs* del cuerpo.
3. El cuerpo es percibido como una unidad y se identifica como «uno mismo» distinto de otras personas y del mundo circundante.

Melzack afirmaba que el sustrato anatómico de la unidad corporal es una gran red neuronal, extendida por amplias áreas del cerebro y que relaciona el tálamo, el córtex y el sistema límbico. Denominó a este sistema la «neuromatriz». Procesamos e integramos la información relacionada con el dolor en la neuromatriz. La información relacionada con la experiencia del dolor (elementos físicos de una lesión, reacciones emocionales a la misma, etc.) se combinan para constituir una pauta de respuesta característica o neuroespecífica, en ocasiones denominada *neurofirma*, que es una red de información sobre el carácter y la reacción emocional a un estímulo de dolor. Las neurofirmas tienen dos elementos:

1. *la matriz de la conciencia corporal*: procesa e integra la información sensorial y emocional entrante;
2. *la neuromatriz de acción*: desarrolla respuestas conductuales en respuesta a estas redes.

Las respuestas conductuales al dolor sólo se pueden producir después de que se haya procesado e integrado, al menos parcialmente, la información sobre el tipo de dolor, sus causas y sus consecuencias físicas y emocionales. No nos alejamos de un objeto caliente, por ejemplo, hasta que nos damos cuenta de que es la causa del dolor y que, si siguiéramos junto a él, padeceríamos más dolor y, potencialmente, una lesión. Sólo somos conscientes del dolor cuando esta red de información integrada se proyecta a lo que Melzack denomina el *eje neural consciente*: el lugar de la conciencia.

Aquí, el flujo de impulsos nerviosos se convierte en un flujo de sensibilización que cambia continuamente.

Hasta ahora, la nueva teoría de Melzack no explica la experiencia del dolor del miembro fantasma. Esto nos lleva a una demostración de cómo sentimos el dolor a partir de fuentes externas a otra que lo explica como un dolor generado por el propio cuerpo. Melzack sugirió que la neuromatriz está preconfigurada para «suponer» que los miembros se pueden mover. Por tanto, en las personas a las que se ha amputado un miembro, el cuerpo sigue enviando señales para intentar moverlo. Cuando no se mueven en respuesta a estas señales, se pueden enviar mensajes más fuertes y más frecuentes a los músculos, y estas señales se perciben como dolor. La teoría del dolor de Melzack sigue siendo relativamente nueva y sólo ha sido sometida recientemente a comprobación empírica. Sin embargo, los datos existentes proporcionan un respaldo general a la existencia de una neuromatriz, pero todavía tenemos que localizarla en una zona determinada del cerebro (Derbyshire, 2000).

Cómo ayudar a la gente a que afronte el dolor

La primera línea de tratamiento para el dolor *agudo* suele ser algún tipo de tratamiento farmacológico que varía en potencia, desde la aspirina hasta algún tipo de derivado del opio como la petidina. Las intervenciones psicológicas suelen constituir una intervención de segundo nivel. Por ejemplo, la American Agency for Health Care Policy (1992), ha sugerido que se deberían utilizar con aquellos que encuentran «atractivo» este tipo de intervención, con el que los pacientes pueden beneficiarse de reducir o evitar el tratamiento farmacológico, con los que tienen altos niveles de ansiedad, necesitan un alivio prolongado del dolor y/o los que tienen un alivio incompleto del dolor tras una intervención farmacológica. Por el contrario, se está enseñando a un número cada vez mayor que padecen dolor *crónico* provocado por enfermedades tan diversas como la artritis reumatoide y el dolor de lumbago a manejar su dolor utilizando enfoques psicológicos para minimizan la cantidad de analgésicos que necesitan y para mantener o mejorar su calidad de vida. Es importante que la eficacia de estas intervenciones sea evaluada tanto como parte de los cuidados cotidianos a los pacientes como en los estudios de investigación. Por tanto, antes de fijarnos en algunos de los enfoques utilizados para tratar tanto el dolor agudo como el dolor crónico, vamos a analizar algunas formas sencillas, y no tan sencillas, de medir el dolor.

Cómo medir el dolor

La forma más sencilla de medir el dolor consiste en utilizar una simple escala numérica o una escala visual analógica, que normalmente varía de una puntuación de cero, que representa la ausencia de dolor, hasta 100,

que representa el máximo dolor que se pueda imaginar. Este tipo de medida se puede administrar y puntuar rápidamente, y se utiliza frecuentemente en entornos clínicos. Una limitación de este planteamiento es que los pacientes suelen considerar que es bastante difícil valorar el dolor en términos numéricos. Otro planteamiento sencillo consiste en que los pacientes cataloguen su dolor mediante una serie de adjetivos que reflejan un dolor creciente: leve, molesto, insoportable, etc. Esto presenta la ventaja de ser más fácilmente comprensible para los pacientes que una escala numérica: utiliza conceptos con los que los pacientes se encuentran familiarizados. Sin embargo, este enfoque tiene sus inconvenientes, ya que muchos pacientes tienden a catalogarse a sí mismos en algún punto intermedio de estas escalas, lo que las hace menos sensibles a las sutiles diferencias del dolor que con las escalas analógicas.

Una limitación importante de estas medidas es que sencillamente miden la sensación de dolor. Sin embargo, ya hemos señalado que la experiencia del dolor es multidimensional. Incluye respuestas emocionales, cognitivas y conductuales así como experiencias sensoriales. Hay una serie de medidas que han intentado abordar estos inconvenientes. Tal vez la más conocida sea el cuestionario de dolor de McGill (por ejemplo, Melzack, 1975). Es más compleja de administrar e interpretar que las sencillas escalas descritas anteriormente. Sin embargo, proporciona una comprensión multidimensional de la naturaleza del dolor que está experimentando el individuo. En sus diversas formas, mide:

- *Los componentes sensoriales*: diferenciando aspectos temporales (palpitante, continuo, periódico, repetitivo, etc.), aspectos perceptivos (como un pinchazo, punzante, opresivo, perforante, abrasador, etc.), localización (impreciso, bien delimitado, etc.) y utilizando una escala de seis puntos (de 0, sin dolor, hasta 5, atroz).
- *Los componentes emocionales*: incluyendo fastidioso, preocupante, angustiante, desesperante, aterrador, etc.
- *La evaluación del dolor*: en una escala que va desde débil a terriblemente molesto.

Aunque esta medida amplía nuestra valoración del dolor, no aborda todas las respuestas al mismo. Por ejemplo, no mide el dolor respecto al movimiento ni mide la respuesta conductual del individuo al dolor. ¿Hasta qué punto limita su vida cotidiana? ¿Puede subir las escaleras o levantar objetos pesados? Puede que se tengan que medir estas cuestiones de forma separada. Turk y Okifuji (1999) sugirieron que también se puede medir la conducta relativa al dolor que muestra un individuo. Sugirieron que se midiera:

- Conducta verbal
 - lamentaciones
 - quejas
- Conducta motora
 - muecas
 - andar distorsionado (cojera)

- postura rígida o inestable
- movimiento excesivamente lento o dificultoso
- búsqueda de ayuda/conducta de reducción del dolor
- Tomar medicación
 - utilización de elementos de protección: bastón, collar cervical, etc.
 - visita al médico
- Limitaciones funcionales
 - descansar
 - menor actividad.

Cada una de estas variables puede ser el objeto de algunas de las intervenciones que se analizan a continuación.

Dolor agudo

Se ha utilizado una serie de aproximaciones para ayudar a la gente a afrontar el dolor agudo. Cualquier procedimiento utilizado tiene que ser relativamente fácil de aprender y utilizar. Por ello, la mayoría de los enfoques para controlar el dolor agudo se centra en:

- aumentar la sensación de control del paciente sobre la experiencia del dolor y los procedimientos médicos;
- enseñar habilidades de afrontamiento, incluyendo técnicas de distracción y de relajación;
- hipnosis.

Algunos de estos enfoques, y otros para controlar el dolor, se analizan con más detalle en el contexto de la preparación ante una cirugía en el Capítulo 10. Aquí, abordamos otras formas de alcanzar estas metas.

■ Aumento del control: analgesia controlada por el paciente

La experiencia de un paciente que experimenta dolor de forma aguda tras un trauma o una intervención quirúrgica puede empeorar por sus temores de no poder controlar el dolor. Puede estar asustado por el temor a que, cuando tenga mucho dolor, las enfermeras estarán demasiado ocupadas como para darle analgésicos o que el dolor sea tan intenso que no pueda ser controlado por el tipo de analgésicos que se le administre, etc. Para aliviar estos temores, los pacientes pueden exagerar el dolor que padecen o presionar a los profesionales de la atención sanitaria para que les den analgésicos para evitar los periodos en que los analgésicos son insuficientes. Esto puede provocar que se experimente una ansiedad innecesaria y mayores niveles de medicación de la que realmente sería necesaria.

Una forma en que se pueden abordar estos temas es utilizando la **analgesia controlada por el paciente**. Usando este método, el paciente controla la cantidad de analgésicos que recibe mediante el goteo intravenoso, aunque con cierto control en el sistema de provisión para que no pueda superar determinada dosis. Se supone que, puesto que el paciente puede

Analgesia controlada por el paciente

Una técnica por la que el propio paciente se administra pequeñas dosis de fármacos analgésicos, normalmente opioides (suministrados normalmente por goteo intravenoso, y controlados con un sistema de bombeo). Se utiliza fundamentalmente para el control del dolor postquirúrgico.

controlar el momento en que recibe el alivio para el dolor, sentirá menos ansiedad por el control del dolor, estará más satisfecho con los analgésicos y utilizará menos cantidad. Las revisiones sistemáticas de este enfoque, resumidas en *Bandolier* (2003), sugieren que así es. La mayoría de los estudios que han comparado los niveles de satisfacción con los analgésicos controlados por el paciente frente a los controlados por el profesional de la atención sanitaria ha concluido que hay un mayor nivel de satisfacción con el primer sistema. También hay una evidencia empírica consistente de que los analgésicos controlados por el paciente pueden dar lugar a un menor uso de los mismos que cuando los profesionales sanitarios tienen el control del control del dolor. Por ejemplo, Van der Vyver *et al.* (2002) presentan una revisión sistemática del uso de los analgésicos y el control del dolor durante los partos. En todos los casos de comparación entre los analgésicos administrados por el paciente y la analgesia controlada por los doctores, concluyeron que las mujeres ingerían menos analgésicos. Incluso los niños pueden utilizar estos sistemas. Birmingham, Wheeler, Suresh *et al.* (2003) refieren datos de más de 100 niños que emplearon los analgésicos controlados por el paciente para controlar el dolor agudo postoperatorio. Se obtuvo una analgesia satisfactoria en el 90 por ciento de los casos, sin evidencia de toxicidad o de efectos adversos graves. Por tanto, parece un tipo de tratamiento seguro y beneficioso para una amplia gama de personas.

■ Cómo enseñar habilidades de afrontamiento

Distracción

Ya hemos señalado en este capítulo que centrarse en el dolor tiende a aumentar la experiencia de dolor, mientras que la distracción la reduce. Dada la aparente sencillez de enseñar técnicas de distracción, parecería una estrategia sensata enseñársela a los pacientes que padecen un dolor agudo o que tienen que someterse a procedimientos dolorosos. Este método parece funcionar. Por ejemplo, Callaghan y Li (2002) enseñaron a mujeres que se iban a someter a una histerectomía a distraerse de los pensamientos de preocupación antes de la operación. Comparadas con las mujeres a las que sólo se proporcionó información sobre el procedimiento, informaron de menos dolor y mostraron menos angustia tras la operación.

Fauerbach, Lawrence, Haythornwaite *et al.* (2002) también señalan haber tenido éxito tras enseñar habilidades de distracción, pero sólo si los pacientes se centraban de manera activa en algo distinto a la experiencia del dolor en vez de intentar sencillamente no pensar en el dolor. Su estudio incluía una comparación de una intervención diseñada para reducir los aspectos emocionales negativos de un procedimiento doloroso y una diseñada para distraerse por completo del procedimiento: ambas deberían reducir la intensidad del dolor (*véase* más arriba). En su estudio, los pacientes que recibían cambios de vendas regulares, extremadamente dolorosos para las quemaduras, fueron asignados de forma aleatoria a una condición de control emocional o a una de distracción. En la primera, se pidió a los par-

**Pensamientos
catastrofistas**

Pensamientos negativos que exageran los aspectos negativos de cualquier situación.

participantes que se centraran en la experiencia sensorial del cambio de vendaje «al tiempo que constataban las sutiles variaciones de la experiencia sensorial y el flujo y reflujo de las sensaciones de dolor» (p. 1007), para centrarse en el presente y no anticipar o regodearse en el dolor futuro o pasado, limitando los pensamientos a los de la experiencia sensorial, y no a sus implicaciones o a otros potenciales **pensamientos catastrofistas**. En la condición de distracción, se ofreció a los participantes la elección de música que escuchar y se les enseñó a centrarse en la melodía, el estilo, o el tono emocional, en los distintos instrumentos y en la letra de la canción. Sus análisis se centraban en el grado de tensión experimentada por los pacientes durante el cambio de vendaje y en el número de pensamientos intrusivos y catastrofistas que tuvieron durante y después del procedimiento. El procedimiento de distracción dio lugar a menos pensamientos intrusivos y menos tensión durante el procedimiento que el procedimiento centrado en la emoción. Sin embargo, los pacientes que no se centraron en las tareas asignadas, pero que intentaron ignorar las sensaciones sin este punto de atención, experimentaron el mayor número de pensamientos intrusivos y de tensión durante el cambio de vendaje. Parece que tener centrada la atención en algo distinto al dolor es beneficioso, pero no tanto los intentos de intentar ignorar el dolor sin centrarse en nada más.

Relajación

Un segundo enfoque relativamente sencillo que se puede enseñar a los pacientes es la utilización de la relajación. Consiste en enseñar a las personas a relajar los músculos de todo su cuerpo, sobre todo los cercanos al foco del dolor (*véase* el Capítulo 13). Presenta una serie de ventajas. En primer lugar, se puede utilizar para reducir cualquier tensión muscular que pueda contribuir a la experiencia de dolor. En segundo lugar, puesto que las instrucciones de relajación pueden incluir pensar de forma explícita en imágenes placenteras, o al menos en imágenes que no estén relacionadas con la situación dolorosa, puede actuar como medio de distracción. La concentración que requiere la relajación también puede distraer de las sensaciones de dolor, incluso cuando se centra exclusivamente en las sensaciones físicas. Finalmente, hay evidencia de que la relajación promueve la liberación de endorfinas y, por tanto, tiene un impacto directo sobre la experiencia de dolor. Existe una amplia evidencia de que los procedimientos de relajación pueden ayudar a reducir los niveles de dolor y angustia relacionados con el dolor postoperatorio. Renzi, Peticca y Pescatori (2000), por ejemplo, señalan que los pacientes sometidos a importantes cirugías intestinales experimentan menos dolor, menos angustia y un mejor patrón de sueño tras la operación que un grupo de control que recibió la «atención habitual». La evidencia empírica a favor de la relajación es tan consistente que el panel de consenso del American National Institutes of Health (National Institutes of Health Technology Assessment Panel, 1996), concluyó que deberían adoptarse de manera general los procedimientos de relajación.

■ Hipnosis

La hipnosis es un procedimiento por el que el profesional sanitario sugiere al paciente que experimente cambios en las sensaciones, percepciones, pensamientos o conducta. El contenido hipnótico suele establecerse mediante un procedimiento de inducción. Aunque hay muchas inducciones hipnóticas distintas, la mayoría incluye sugerencias para relajarse, calmarse y sentirse bien. Las instrucciones para imaginar o pensar en experiencias placenteras también suelen incluirse en las inducciones hipnóticas. Se ha demostrado que tiene un efecto significativo y fiable sobre el dolor agudo (Patterson y Jensen, 2003).

La hipnosis no sólo puede reducir el dolor tras las operaciones, también puede ayudar a la recuperación física de los pacientes. Ginandes, Brooks, Sando *et al.* (2003), analizaron los efectos de la hipnosis sobre el dolor y la curación de las heridas tras una cirugía de mama. Asignaron a las mujeres a tres intervenciones tras la cirugía: atención habitual (analgésia normal); sesiones con un terapeuta para proporcionar un apoyo no estructurado; e hipnosis, en la que se centraban en la relajación y la «curación acelerada de las heridas» como parte de las instrucciones («imagínate que su herida se está curando bien»). Midieron el dolor y el grado de curación de las heridas de las mujeres una semana y siete semanas después de las intervenciones y concluyeron que las heridas de las mujeres en la hipnosis se curaron significativamente más deprisa que las que estaban en otras condiciones. También experimentaron menos dolor durante su recuperación. La hipnosis también puede reducir el malestar y el dolor durante procedimientos médicos dolorosos. Por ejemplo, Lang, Joyce, Spiegel *et al.* (1996) refirieron que los pacientes a los que se había enseñado autohipnosis referían menos angustia, una menor necesidad de analgésicos y tenían menos probabilidades de interrumpir diversos procedimientos médicos dolorosos o molestos que los individuos de control a los que no se habían enseñado estas técnicas. Los niños también se pueden beneficiar de la hipnosis. Zelter y LeBaron (1982) concluyeron que los niños y los adolescentes que habían sido sometidos a procedimientos hipnóticos informaban de menos dolor y sentían menos angustia durante una variedad de procedimientos médicos dolorosos que los individuos de control.

Dolor crónico

■ Intervenciones conductuales

Las intervenciones conductuales están basadas en los procesos de condicionamiento operante. El modelo de tratamiento, desarrollado inicialmente por Fordyce (1976), parte de la premisa de que no podemos comprender realmente la experiencia de dolor de los demás; todo lo que podemos hacer es observar una «conducta de dolor». Fordyce afirmaba que esta conducta debería, por tanto, constituir el objetivo de cualquier intervención, y no la experiencia interna, que no es observable. La teoría operante afirma que la conducta de dolor puede determinarse y controlarse, no sólo por la

experiencia del dolor, sino también por la forma en que los demás responden a las expresiones de dolor. La conducta de dolor puede ser tan sutil como leves muecas de dolor o tan evidente como estar tumbado, incapaz de moverse, debido a lo que aparentemente es un dolor insoportable. Puede estar reforzada por expresiones de simpatía, ser «descartado» de las tareas domésticas, recibir analgésicos, etc. (véase Bokan *et al.*, 1981, más arriba en este mismo capítulo).

El objetivo de las intervenciones conductuales consiste en reducir la incapacidad alterando las contingencias ambientales que influyen sobre la conducta de dolor: alejar al individuo de cualquier refuerzo de su conducta de dolor. Por el contrario, se refuerzan las conductas adaptativas no relacionadas con el dolor. Los métodos utilizados incluyen:

- refuerzo de la conducta adaptativa, como puede ser un nivel adecuado de ejercicio;
- eliminación de la atención o de otras recompensas que constituían las respuestas anteriores a la conducta de dolor;
- provisión de medicación analgésica en determinados momentos más que en respuesta a la conducta.

Así se promueven nuevas formas de conducta mediante el refuerzo adecuado, y la anterior conducta de mala adaptación desaparece gracias a la falta de refuerzo. El enfoque puede incluir tanto a profesionales sanitarios como a otras personas con las que se relaciona el paciente, incluyendo a su pareja o, incluso, a sus amigos.

En función del carácter del problema en concreto, se pueden sumar otras intervenciones a estos procesos. En el caso del dolor de lumbago, por ejemplo, en el que la falta de uso ha podido provocar un debilitamiento de los músculos de la espalda, los pacientes pueden participar en programas de ejercicio. En éstos, los pacientes realizarán normalmente una serie de ensayos de ejercicios para identificar su tolerancia a diversas actividades y movimientos de levantamiento de peso. El programa avanza a continuación a través de una serie de pasos progresivamente más difíciles hacia la total movilidad y fortaleza. El éxito en cada etapa de la intervención es recompensado de manera positiva por parte de los profesionales de la atención sanitaria involucrados en el programa de tratamiento.

Los primeros estudios de este enfoque solían ser estudios de casos, ya que los enfoques utilizados para tratar cada caso individual tenían que ser, necesariamente, distintos. Por ejemplo, Fordyce (1976) describió un caso en el que se trasladó a un paciente de un hospital que mostraba una conducta de dolor excesiva a una habitación individual, cuya puerta se podía cerrar en caso necesario. Esto impedía que el paciente intentara atraer la atención de las enfermeras del ala hospitalaria. Se pusieron en marcha recompensas para una conducta de ausencia de dolor, y «castigos» para la conducta relacionada con el dolor entrando y saliendo de la habitación si el paciente solicitaba de forma innecesaria medicación contra el dolor, o quedándose a charlar amigablemente cuando no la pedía. Estos diversos casos de estudio mostraron el potencial de este tipo de tratamientos. Más recientemente, el desarrollo de programas conductuales normalizados para

el tratamiento de diversos tipos de desórdenes, incluyendo el dolor de espalda, ha significado que se puede valorar (evaluar) su eficacia utilizando diseños de grupo.

El dolor de espalda se trata más a menudo mediante métodos conductuales, posiblemente porque es un problema frecuente que, a menudo, no tiene ninguna patología evidente, pero que puede provocar una significativa incapacitación. También son muy eficaces para tratar el problema. Por ejemplo, Van Tulder, Ostelo, Vlaeyen *et al.* (2003) presentaron un meta-análisis de los efectos de los programas conductuales para el dolor de lumbago. Analizaron las intervenciones dirigidas a personas con dolor de lumbago que había durado 12 semanas o más y que no padecían una patología física evidente, como una infección, cáncer u osteoporosis. Concluyeron que había una fuerte evidencia de que los tratamientos conductuales tenían un beneficio significativo sobre las mediciones del dolor informado, mejoras en la movilidad y la capacidad de levantar pesos, y sobre la conducta fuera de la clínica.

■ Intervenciones cognitivo-conductuales

Las intervenciones conductuales funcionan, evidentemente, cambiando la conducta, pero estos cambios también pueden afectar a otras partes de la experiencia del dolor. La participación activa en actividades puede distraer a los pacientes de las respuestas emocionales y cognitivas negativas al dolor. La recuperación de actividades que se habían dejado de hacer puede aumentar las creencias en la autoeficacia y el optimismo («vaya, no creí que fuera capaz de hacer eso. Tal vez también pueda hacer otras cosas que he dejado de hacer»). Es decir, los programas conductuales pueden cambiar *indirectamente* las cogniciones relacionadas con el dolor, y estos cambios pueden contribuir a cualquier mejora que logre el paciente. Los enfoques cognitivo-conductuales abordan estas cuestiones de forma más directa. Se centran en el papel que desempeñan las cogniciones sobre nuestras respuestas emocionales y conductuales al dolor. Las cogniciones son consideradas centrales en nuestra experiencia del dolor, y en nuestras reacciones al mismo. Como tales, el modelo no contradice el modelo de dolor proporcionado por la teoría de la compuerta sino que se centra en un grupo de variables que influyen sobre apertura de la compuerta. Las metas de la terapia cognitivo-conductual sobre el dolor son tres:

1. Ayudar a los pacientes a modificar sus creencias de que sus problemas no son manejables. Ayudarlos a convertirse en «solucionadores de problemas con recursos» y a alejarse del sentimiento de ser incapaces de afrontar su dolor.
2. Ayudar a los pacientes a identificar las relaciones entre sus pensamientos, emociones y conducta y, en concreto, cómo los pensamientos catastróficos u otros pensamientos con un sesgo negativo pueden provocar una mayor percepción del dolor, malestar emocional y dificultades psicosociales.

3. Proporcionar a los pacientes estrategias para manejar su dolor, su malestar emocional y sus dificultades psicosociales, y en concreto ayudarlos a desarrollar formas de pensar, sentir y comportarse eficaces y adaptativas.

Se pueden proporcionar intervenciones cognitivo-conductuales tanto de forma individual como en grupos. El cambio cognitivo se consigue a través de una serie de etapas (*véase también* el análisis de la habilidad de manejo del estrés en el Capítulo 13). En éstas, se ayuda a los pacientes a identificar cualquier pensamiento desadaptativo que esté aumentando su experiencia de dolor o su incapacidad. Se puede conseguir en un debate en sesiones de terapia en las que los pacientes reflexionan sobre los periodos de dolor o cuando han estado asustados o han realizado determinada conducta. Se identifican y discuten todos los pensamientos que se han tenido en esos momentos. También se puede pedir a los pacientes que hagan un seguimiento de sus pensamientos durante sus actividades cotidianas cumplimentando un diario en el que registran su nivel de dolor, los pensamientos que tuvieron y su estado de ánimo.

Una vez que los pacientes han empezado a identificar cómo influyen sus pensamientos sobre el grado de dolor que experimentan, sobre su conducta y sobre su estado de ánimo, se los enseña a cambiar el tipo de pensamientos para que sean más adaptativos. Esto puede implicar dos tipos de intervención cognitiva. La primera se conoce como entrenamiento en autoinstrucciones. En éste, se enseña a los pacientes a cambiar sus verbalizaciones encubiertas en momentos de preocupación o intranquilidad sobre su dolor o sus actividades por un comentario más positivo. Esto se puede ensayar previamente y analizar con el terapeuta. Estos pensamientos incluyen verbalizaciones tranquilizadoras, como «ya he sentido este tipo de dolor anteriormente y no me perjudicó a largo plazo», o «el dolor sólo significa que me estoy empujando algo más allá de mis límites, no que me esté haciendo daño». Otros pensamientos pueden incluir recordatorios para utilizar otras estrategias para ayuda contra el dolor: «¡Vale! Cuando el dolor empieza, tengo que acordarme de relajarme para que no lo aumente con la tensión», etc.

Un proceso cognitivo más complejo incluye intentar identificar los pensamientos que están creando cualquier malestar emocional, o inhibiendo la conducta, y ponerlos en duda. Esto incluye tratar estos pensamientos, no como verdades, sino como hipótesis, y poner en duda esas hipótesis fijándose en la evidencia contraria. En la práctica, puede que este tipo de retos no sean tan distintos de las autoinstrucciones, pero pueden estar más centrados en determinadas preocupaciones o inquietudes:

¡Oh, no! Me está empezando a doler la espalda otra vez. *Sé* que eso significa que me va a doler durante horas: lo mejor será que pare y me lo tome con calma. ¡Un momento! Acuérdate de la última vez que te pasó esto; no me sentí tan mal, sobre todo después de relajarme y parar un poco. Así que lo mejor será que me lo tome con calma y siga, y me sentiré mejor conmigo mismo por haberlo intentado.

Se suelen acompañar estas intervenciones cognitivas con un programa de aumento paulatino del ejercicio, lo que puede presentar una serie de ventajas. En primer lugar, y la más evidente, mejorará la forma física y minimizará la restricción de las actividades. Además, permite al paciente aprender de su experiencia actual que no resultará dañado por hacer ejercicio y, por tanto, confirmará algunas de las nuevas creencias que la terapia cognitiva está intentando generar.

También se pueden aplicar otras intervenciones. Una intervención que se utiliza frecuentemente consiste en enseñar a la gente a relajar sus músculos en todo el cuerpo, y sobre todo cerca del foco de dolor (*véase* más arriba para el caso del dolor agudo). Hanson y Gerber (1990) resumieron otras estrategias para afrontar periodos de un dolor particularmente intenso, que se pueden enseñar en un programa cognitivo-conductual, incluyendo:

- Pararse y preguntarse a uno mismo si puede identificar el desencadenante del dolor o aprender algo del dolor.
- Empezar despacio, respirando profundamente y recordándose a uno mismo que tiene que mantener la calma; revisar las alternativas.
- Identificar algunas actividades de distracción: una conversación con mi pareja sobre cualquier cosa que no sea el dolor, un crucigrama, preparar unas galletas, etc.
- Darse una larga ducha caliente.
- Escuchar una cinta de relajación o de autohipnosis.
- Utilizar un **diálogo interior positivo**: «El dolor no durará. Puedo resolver esto yo sólo».
- Utilizar imágenes de modificación del dolor: imaginar un bloque de hielo en la espalda, visualizar cómo funcionan las endorfinas, etc.

Diálogo interno o encubierto

Hablarse a uno mismo (internamente). Puede ser negativo y, por tanto, aumentar el estrés. Desde un punto de vista terapéutico, se enseña a los individuos a utilizar el diálogo interior de forma que les ayude a mantener la calma.

Se ha demostrado que las intervenciones cognitivo-conductuales son muy eficaces para el tratamiento del dolor crónico. Por ejemplo, Morley, Eccleston y Williams (1999) encontraron 25 ensayos adecuados para un meta-análisis que analizaba la eficacia del tratamiento del dolor derivado de una serie de enfermedades y problemas médicos, incluyendo problemas de espalda, artritis y problemas músculo-esqueléticos, pero excluyendo los dolores de cabeza. En general, los tratamientos cognitivo-conductuales resultaron más eficaces que la falta de tratamiento en medidas como el dolor informado, el estado de ánimo, el afrontamiento cognitivo y las valoraciones, la actividad conductual y la participación en actividades sociales. Resultaron más eficaces que las intervenciones farmacológicas, educativas y de terapia ocupacional en medidas como el dolor referido, la valoración y el afrontamiento cognitivo y la reducción de la frecuencia de la conducta relacionada con el dolor. Sin embargo, tal vez de manera sorprendente, las intervenciones cognitivo-conductuales no eran más eficaces que otras para reducir los pensamientos negativos, de miedo o catastróficos. Ni tampoco lo eran para cambiar el estado de ánimo. Esto puede deberse a que el proceso terapéutico más importante en estas intervenciones es que los pacientes tienen mayores niveles de actividad que antes. Como se ha dicho anteriormente, esto puede cambiar sus creencias sobre su capacidad de hacer ejercicio, controlar el dolor cuando lo hacen, y su estado de ánimo. Las

intervenciones cognitivo-conductuales pueden acelerar este proceso, pero la mejor prueba de la capacidad propia de cambiar a mejor es, de hecho, hacerlo.

La evidencia de este tipo de argumentación se puede encontrar en los resultados de una serie de estudios. En el primero, Burns, Kubilus, Bruehl *et al.* (2003) concluyeron que los cambios cognitivos que hacían los pacientes en las primeras etapas de un programa cognitivo-conductuales permitían predecir con fuerza los resultados en términos de dolor más adelante en la terapia. Tomaron mediciones del catastrofismo y el dolor al principio, al final y en medio de un programa cognitivo-conductual de manejo del dolor de cuatro semanas de duración. Los primeros cambios en cada una de estas medidas permitían predecir las medidas del dolor tomadas al final de la terapia. Por el contrario, los primeros cambios en el dolor no predecían los cambios en estas medidas cognitivas. Interpretaron este patrón de resultados como indicador de que los cambios cognitivos son centrales para cambiar cómo afronta la gente el dolor, al menos en las primeras etapas de la terapia. A más largo plazo, es posible que desaparezcan estas ventajas. Por ejemplo, Turner y Clancy (1988) concluyeron que un enfoque cognitivo-conductual era más eficaz que uno conductual en las medidas del funcionamiento físico y psicosocial inmediatamente después del tratamiento, pero que las dos intervenciones tenían la misma eficacia en los seguimientos a 6 y 12 meses.

■ Relajación y *biofeedback*

Se puede utilizar la relajación de todo el cuerpo, o relajar grupos concretos de músculos, como los de la frente o la espalda, que contribuyen a los dolores de cabeza y al dolor de espalda respectivamente. Este último puede ser de especial beneficio para algunos pacientes. Por ejemplo, Turk (1986) señaló que muchos pacientes a los que se habían enseñado técnicas de relajación general para el tratamiento del dolor de espalda solían informar de reducciones del dolor. Sin embargo, un pequeño subgrupo de individuos señalaba, o bien ningún beneficio, o bien un incremento del dolor tras la intervención. Una evaluación más detenida reveló que, aunque muchas personas de este grupo habían sido capaces de relajar la mayoría de sus músculos, no habían sido capaces de relajar los músculos concretos de su espalda que contribuían a su dolor. Para ello, necesitaban instrucciones específicas para relajar estos músculos concretos. Se puede conseguir recurriendo a técnicas de *biofeedback*, incluyendo *biofeedback* electromiográfico, *biofeedback* de la respuesta galvánica de la piel y *biofeedback* de temperatura:

1. *Biofeedback electromiográfico*: mide la pequeña cantidad de corriente eléctrica en los músculos. El voltaje es proporcional a la tensión muscular: a mayor voltaje, mayor tensión. Se utilizan electrodos de superficie sobre los músculos concretos que contribuyen al dolor.
2. *Biofeedback de la respuesta galvánica de la piel*: se encarga de medir la actividad eléctrica de las glándulas que producen sudor en la

Biofeedback

Técnica consistente en utilizar dispositivos de monitorización para proporcionar información sobre una función corporal anatómica, como el ritmo cardíaco o la presión arterial. Se utiliza como intento para lograr cierto control voluntario de dicha función.

palma de la mano y en los dedos, más sensibles a las respuestas emocionales y cognitivas. El GSR es muy útil para el aprendizaje de la relajación y para ayudar en la identificación de las situaciones que provocan estrés y ansiedad.

3. Biofeedback *de temperatura*: la temperatura periférica de las manos y los pies es proporcional a la cantidad de la sangre en la zona. Cuando la persona está tensa, el flujo de la sangre sufre reducción y en consecuencia la temperatura baja. Este aprendizaje se hace a través del sistema vascular. La temperatura de la piel se mide con un termistor sensor de temperatura, a menudo colocado encima de los dedos para evitar el sudor y proporcionar una medición más precisa de la temperatura corporal.

Independientemente del método de medición, el *biofeedback* ayuda a los pacientes a modificar una respuesta (relajarse, aumentar la temperatura de los dedos) guiados por el *feedback* visual o auditivo que cualquier cambios fisiológico puede lograr. En el caso del *biofeedback* auditivo, por ejemplo, puede que un tono se haga más grave a medida que la persona va relajando los músculos. El *feedback* visual puede incluir el movimiento de un indicador a lo largo de una escala. De esta manera, se hacen patentes los cambios de la fisiología que el paciente no puede reconocer, y el paciente puede aprender a cambiar su tensión muscular.

El campo en el que el *biofeedback* ha sido utilizado con cierto éxito es el del tratamiento de los dolores de cabeza crónicos. Holroyd y Lipchik (1999) resumieron la literatura afirmando que indicaba que la relajación guiada por *biofeedback* electromiográfico provocaba una reducción media del 50 por ciento de los dolores de cabeza en las personas que experimentaban dolores de cabeza por tensión. Se ha demostrado que el *biofeedback* de temperatura ha logrado reducciones similares de las migrañas. Estas mejoras son aproximadamente tres veces mayores que cualquier ganancia con cualquier tipo de intervención placebo. Sin embargo, una serie de personas ha sugerido que el *biofeedback* puede ser una intervención eficaz, pero por lo general no es más eficaz que la relajación por sí sola (por ejemplo, Stuckey, Jacobs y Goldfarb, 1986). Puesto que la relajación es más sencilla y es más barato implantarla, tal vez debiera ser el tratamiento de primera línea más que el *biofeedback*.

Si se van a incrementar las técnicas de relajación, puede que sea mejor hacerlo utilizando estrategias que abordan otras facetas de la experiencia del dolor distintas de las fisiológicas. Las intervenciones cognitivo-conductuales más complejas, por ejemplo, pueden aumentar los beneficios de la relajación en el tratamiento de los dolores de cabeza por tensión, sobre todo cuando un individuo está afrontando un estrés significativo en su vida que se suma a su estrés general, o cuando inhiben su recurso a sencillas estrategias de relajación (Tobin, Holroyd, Baker *et al.*, 1988).

Una estrategia alternativa consiste en combinar la relajación con una medicación antidepresiva. Nadie ha conseguido explicar totalmente por qué la medicación antidepresiva ayuda a reducir el dolor, pero se ha demostrado de manera consistente que lo hace. Teniendo esto presente,

Holroyd, O'Donnell, Stensland *et al.* (2001) compararon el tratamiento con una medicación antidepresiva, formación en técnicas de relajación dirigidas a prevenir el pensamiento de estrés que desencadena los dolores de cabeza y para ayudar a manejar el dolor tras su aparición, una combinación de ambas, y una terapia con un fármaco placebo. Los resultados fueron alentadores para ambas intervenciones. Tanto los antidepresivos como las técnicas cognitivo-conductuales resultaron más eficaces que el placebo en medidas que incluían la frecuencia de los dolores de cabeza, la utilización de analgésicos y las limitaciones de la actividad por culpa del dolor de cabeza. Aunque las dos intervenciones activas eran igual de eficaces, los pacientes que recibieron la medicación farmacológica experimentaron estos cambios más deprisa que los de la intervención cognitivo-conductual. La terapia combinada fue la más eficaz. Obtuvo reducciones clínicamente significativas en un índice combinado de gravedad del dolor de cabeza en el 64 por ciento de los participantes en esta condición. Hay que comparar esta cifra con el 38 por ciento de los de la condición de fármacos antidepresivos, el 35 por ciento de los que recibieron formación sobre manejo del estrés, y el 29 por ciento de los de la condición placebo.

Clínicas de manejo del dolor

Hasta ahora hemos analizado los tratamientos del dolor de forma aislada, sin tener en cuenta quién proporciona el tratamiento o adónde pueden acudir los pacientes para recibirlo. En la actualidad, hay muchos hospitales que ofrecen servicios específicos para personas con dolor crónico, cualquiera que sea su causa. Estos servicios pueden estar integrados por una serie de profesionales. Los médicos, normalmente anestesiastas, ofrecen su conocimiento y sus técnicas en el tratamiento farmacológico e, incluso, quirúrgico del dolor. Los fisioterapeutas trabajan con los pacientes para desarrollar programas de ejercicios que se puede esperar de forma realista que puedan realizar. Los terapeutas ocupacionales pueden trabajar con los pacientes para analizar cómo pueden mejorar sus actividades cotidianas en su casa si su movilidad está restringida. Las enfermeras especializadas pueden trabajar con los pacientes para desarrollar planes de manejo del dolor para individuos o grupos de individuos. Los psicólogos también pueden contribuir y desarrollar estos programas. La Tabla 16.1 muestra los grandes epígrafes de un programa de manejo del dolor típico para pacientes no hospitalizados realizado en el Gloucester Royal Hospital en el Reino Unido.

Resumen

El dolor es un fenómeno muy prevalente. Más del 20 por ciento de la población general experimenta un dolor crónico en un momento dado, y las consecuencias personales y sociales del dolor crónico son significativas. Se han identificado diversos tipos de dolor:

Tabla 16.1 Epígrafes de un programa típico de tratamiento del dolor, en este caso el que se ofrece en el Gloucester Royal Hospital en el Reino Unido

SEMANA 1	<p>Bienvenida, introducción y reglas del hospital. Filosofía del manejo del dolor. ¿Qué es el dolor crónico? Respuesta a las preguntas. Introducción a los ejercicios: sentarse y ponerse de pie. Realización de actividades cotidianas. La respuesta de estrés e introducción a la respiración diafragmática.</p>
SEMANA 2	<p>Repaso sobre la realización de actividades cotidianas. Establecimiento de objetivos y planes de acción. Introducción a los ejercicios: tumbarse. Sentarse y sillas. Introducción a los estiramientos y la relajación. Vídeo de pacientes haciendo los ejercicios para compararlo con su actuación al final del tratamiento grupal</p>
SEMANA 3	<p>Cómo funciona el dolor: la teoría de la compuerta. Cómo funciona el dolor: las vías del dolor. Pensamientos y sensaciones sobre el dolor. Ejercicios. Estiramientos y relajación. Planes de acción.</p>
SEMANA 4	<p>Utilización recomendada de la medicación para el dolor crónico. Comunicación y relaciones. Charla sobre la manejo del dolor desde una perspectiva gradual. Ejercicios. Introducción a la relajación mental. Planes de acción.</p>
SEMANA 5	<p>Levantar pesos y doblarse. Manejo de las actividades cotidianas. Relaciones sexuales. Los beneficios del ejercicio. Ejercicio. Relajación mental. Plan de acción.</p>
SEMANA 6	<p>Introducción a la buena forma física y a los grupos de ejercicio. Charla del médico: medicación, tratamientos y cirugía para el dolor crónico, dormir y los colchones/posiciones para aliviar el dolor. Planes de acción. Relajación.</p>
SEMANA 7	<p>Empeoramiento y recaída. Hábitos de dormir adecuados. Ejercicios en vídeo y comparación con el inicio del curso. Introducción a breves técnicas de relajación. Revisión de los progresos y establecimiento de objetivos para las sesiones de seguimiento.</p>

- *Agudo*: dura como máximo entre tres y seis meses.
- *Crónico*: dura más de tres a seis meses; se puede catalogar como dolor crónico benigno y dolor crónico progresivo.

El dolor también se puede definir en función de su carácter: el tipo de dolor, la gravedad y el patrón de dolor.

La experiencia del dolor se ve moderada por una serie de factores físicos y psicológicos, incluyendo:

- El grado de atención que se presta al dolor.
- El estado de ánimo del individuo.
- Las creencias de la persona sobre la naturaleza del dolor, incluyendo sus causas y la capacidad de controlarlo.

Las primeras teorías sobre los patrones y la especificidad del dolor, que no tenían en cuenta estos factores psicológicos, no tuvieron éxito para explicar las diversas formas en que se puede experimentar el dolor. Un modelo más complejo, desarrollado por Melzack y Wall, conocido como la *teoría de la compuerta*, ha sustituido estos modelos del dolor. Sugiere que el dolor es el resultado de una serie de procesos complementarios o competitivos. Cualquier modelo del dolor tiene que tener en cuenta cómo afectan los factores psicológicos a la percepción del dolor. La teoría de la compuerta sugiere que:

- Los nervios aferentes transportan los mensajes de dolor hasta la sustancia gelatinosa y, después, a través del mecanismo de compuerta espinal hasta el cerebro.
- Al mismo tiempo, los procesos psicológicos influyen sobre la actividad de los nervios que van del cerebro a la médula espinal.
- La activación de ambos sistemas provoca la producción de varios elementos químicos en la entrada (sustancia gelatinosa) y algunas «abren» la compuerta del dolor, mientras que otras la «cierran». Los principales elementos químicos implicados en la reducción de las sensaciones de dolor en la sustancia gelatinosa son las endorfinas.

Melzack ha desarrollado un modelo neurológico más complejo del dolor, conocido como la *neuromatriz*, que explica fenómenos que anteriormente resultaba difícil explicar con la teoría de la compuerta (incluyendo el dolor del miembro fantasma).

Se ha demostrado que tanto las intervenciones conductuales como las cognitivo-conductuales son eficaces en el tratamiento del dolor, tanto crónico como agudo.

Las técnicas de *biofeedback* pueden ayudar a reducir el dolor, pero su eficacia general no es mayor que la de los procedimientos más generales de relajación. Se pueden aplicar mejor cuando hay grupos particulares de músculos que contribuyen al dolor y que no se consiguen relajar tras aplicar las instrucciones de relajación más generales.

Se pueden combinar las intervenciones psicológicas (al menos, en algunos casos) con una medicación antidepresiva para lograr el máximo beneficio.

Lecturas recomendadas

Melzack, R. y Wall, P. D. (1996). *The Challenge of Pain*. Penguin.

Es un clásico. El manual más actualizado por los autores que han desarrollado la teoría de la compuerta. Redactado en un estilo que no es técnico para el lector «lego» interesado.

Morley, S., Eccleston, C. y Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80: 1-13.

Presenta una revisión relativamente actualizada de los estudios de intervención para tratar el dolor.

Morris, D. B. (1999). Sociocultural and religious meanings of pain. En R. J. Gatchel y D. C. Turk (eds.), *Psychosocial Factors in Pain*. Nueva York: Guilford Press.

Amplía el análisis de la perspectiva psicológica a otras perspectivas del dolor.

Mejora de la salud y de la calidad de vida

CAPÍTULO

17

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, el lector debería tener una idea clara sobre una serie de intervenciones psicológicas que pretenden:

- *Reducir el malestar*: centrándose en proporcionar información, sobre el entrenamiento en manejo del estrés y en proveer apoyo social.
- *Mejorar el manejo de las enfermedades*: centrándose en proporcionar información, el entrenamiento en autocontrol, el entrenamiento en manejo del estrés, la facilitación del apoyo familiar y social y la utilización de la expresión emocional por escrito.
- *Reducción del riesgo de enfermedades futuras o de avance de la enfermedad*: centrándose en la consultoría, el manejo del estrés y la provisión de apoyo social.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

Este capítulo se centra en una serie de intervenciones psicológicas utilizadas para ayudar a la gente a afrontar y manejar enfermedades graves. Estas intervenciones tienen una serie de objetivos. Algunas intentan reducir el malestar relacionado con el padecimiento de una enfermedad grave. Otras intentan ayudar a la gente a gestionar su enfermedad con toda la eficacia posible y a minimizar su impacto en su vida cotidiana. Y otras están diseñadas para impedir el avance de una enfermedad y minimizar el riesgo de futuros problemas de salud. Este capítulo analiza una serie de intervenciones diseñadas para alcanzar estos objetivos en el marco de una serie de enfermedades crónicas, como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la artritis.

El afrontamiento de enfermedades crónicas

La aparición de una enfermedad grave tiene muchas repercusiones, tanto para el individuo afectado como para los que lo rodean. Tras la aparición de los síntomas, la persona con la enfermedad puede experimentar la ansiedad de tener que esperar y recibir un diagnóstico grave, con la posibilidad de tener que ser hospitalizado, o las incomodidades y perturbaciones para la vida normal, etc. A más largo plazo, es posible que tenga que asumir las restricciones o minusvalías relacionadas con su condición y la posibilidad de que se produzca un declive paulatino de la salud. Puede que tenga que aprender a manejar su condición, o a emprender acciones para impedir que su salud se deteriore aún más. Padecer una enfermedad crónica presenta al individuo una serie de «tareas». Los pacientes seropositivos tienen que tomar muchos fármacos a diario con un horario cuidadosamente fijado; las personas que tienen artritis pueden beneficiarse realizando diversos ejercicios para conservar la movilidad de las articulaciones; etc. Otras enfermedades, como las cardiovasculares, pueden, o no, resultar evidentes en el día al día. Sin embargo, el cambio de los factores de riesgo, como la dieta o el hábito de fumar, pueden ayudar a prevenir que la enfermedad avance. Un tercer aspecto que los pacientes suelen tener que abordar es el del significativo malestar emocional que puede acompañar a un diagnóstico de una enfermedad grave o crónica.

Las intervenciones analizadas incluyen distintos enfoques para ayudar a las personas a abordar cada uno de estos retos. Este capítulo analiza la efectividad de una serie de enfoques utilizados para ayudar a la gente a reducir cualquier malestar que pueda padecer, a manejar su enfermedad y a prevenir que se desarrolle más. Los enfoques terapéuticos que vamos a analizar incluyen:

- proporcionar información relevante;
- entrenamiento en manejo del estrés;
- uso de apoyo social;
- entrenamiento en autocontrol;
- mejora del apoyo social;
- utilización de la expresión emocional por escrito.

Cada tipo de intervención puede tener múltiples beneficios. En los pacientes cardíacos, por ejemplo, los cambios del estado de ánimo pueden aumentar la probabilidad de que participen en un programa de ejercicios y, por tanto, afectan tanto a su estado de ánimo como a su salud física. Por otro lado, el participar en un programa de ejercicios puede reducir la depresión o la ansiedad a medida que el individuo siente que está obteniendo control sobre su enfermedad y su vida. La provisión de apoyo social también se ha utilizado para ayudar a la gente a afrontar emocionalmente la enfermedad y, asimismo, se cree que afecta al pronóstico de algunas enfermedades, tal vez porque promueve un cambio de conducta adecuado. Igualmente, el entrenamiento en manejo del estrés puede reducir el malestar relacionado con una enfermedad además de prevenir el avance de otras, ya que las reducciones del malestar pueden afectar a la

función inmunitaria y a la actividad del sistema nervioso simpático, que afectan adversamente a una serie de procesos de enfermedad (*véase* el Capítulo 8). Así pues, la separación de los resultados específicos de las distintas intervenciones es un poco artificial. No obstante, intentamos desenmarañar cada uno de estos múltiples puntos finales y analizar lo bien que cada intervención alcanza cada una de estas metas independientes.

Reducción del malestar

Provisión de información

Muchas personas que padecen enfermedades graves experimentan importantes niveles de angustia. Pueden tener preocupación por su pronóstico y tratamiento, por los efectos potenciales de su enfermedad sobre su calidad de vida, etc. Los niveles de malestar son tal vez mayores en las primeras etapas de una enfermedad, o en momentos en que la naturaleza de la enfermedad cambia. Hemos analizado estos temas con más detalle en el Capítulo 12. Sin embargo, como ejemplo de los niveles de malestar relacionados con la aparición de la enfermedad, aproximadamente la tercera parte de los pacientes con cáncer, y una cuarta parte de los que han padecido un infarto de miocardio, refieren significativos niveles de ansiedad clínica en algún momento durante el transcurso de su enfermedad (por ejemplo, Zabora, BrintzenhofeSzoc, Curbow *et al.*, 2001). Se puede reducir el malestar con diversos tipos de información, que no tienen que estar necesariamente dirigidos a este objetivo específico incluyendo información sobre:

- la naturaleza de una enfermedad y/o su tratamiento;
- cómo afrontar la enfermedad y/o su tratamiento;
- cómo cambiar de conducta para reducir el riesgo de enfermedad o de avance de la misma.

Tal vez la forma más sencilla de proporcionar información consiste en mantener informados a los pacientes sobre el avance de su enfermedad y su tratamiento. La incertidumbre puede aumentar el malestar: la provisión de información puede reducirla. Por ejemplo, Wells, McQuellon, Hinkle *et al.* (1985) encontraron que proporcionar información a los pacientes con cáncer sobre su quimioterapia, mostrarles la clínica en la que van a recibir el tratamiento y darles la oportunidad de hacer preguntas a un terapeuta especializado era muy efectivo para reducir sus niveles de ansiedad.

Las intervenciones más complejas también pueden ser relevantes al inicio de una enfermedad grave. Un tema concreto que hay que abordar con especial sensibilidad es cómo se informa a los pacientes y a sus familiares de que padecen una enfermedad con un pronóstico malo o mortal, un proceso que se suele conocer como «dar las malas noticias». La forma en que se transmite esta información en este momento puede tener importantes repercusiones sobre la manera en que los individuos afrontan y asumen su pronóstico. Evidentemente, las habilidades de comunicación de la persona

que da las malas noticias son importantes para el éxito de este proceso: hemos analizado estas cuestiones con más detalle en el Capítulo 10. Sin embargo, una sencilla estrategia de información también puede facilitar este proceso. Hogbin y Fallowfield (1989) entregaron a los pacientes una cinta de audio de la consulta en la que se les daban sus «malas noticias». Se animaba a los pacientes a que escucharan la cinta cuando les fuera conveniente para ayudarlos a recordar la información proporcionada. Este sencillo procedimiento los ayudó a recordar más información que un grupo de control que no recibió la cinta, y a tener más confianza para hablar con su familia y sus amigos de su enfermedad y pronóstico. Debido a este tipo de hallazgos, en la actualidad se utiliza frecuentemente esta sencilla estrategia cuando se dan malas noticias. Sin embargo, es necesario destacar que es posible que no todos los pacientes se beneficien de ello. McHugh, Lewis, Ford *et al.* (1995) encontraron que, en los meses posteriores a la provisión de este tipo de información, los pacientes con un pronóstico particularmente malo que habían recibido la cinta tenían más probabilidades de estar deprimidos que aquellos que no habían recibido la cinta.

Proporcionar información a los individuos sobre cómo tienen que afrontar emocionalmente los procedimientos médicos puede añadir beneficios a la provisión de información sobre la naturaleza de los procedimientos que se van a aplicar (*véase también* el análisis de la información previa a las operaciones quirúrgicas del Capítulo 10). Marteau, Kidd, Cuddeford *et al.* (1996), por ejemplo, analizaban la efectividad de dos pequeños folletos entregados a las mujeres citadas para a una **colposcopia** tras una **citología**:

1. Un folleto sobre el afrontamiento proporcionaba una somera información sobre el procedimiento al que iban a ser sometidas, sobre los probables resultados del mismo, e instrucciones sobre técnicas de relajación y distracción (*véase* el Capítulo 13) que podrían utilizar antes y durante el procedimiento para ayudarlas a afrontarlo.
2. Un folleto de información médica que proporcionaba más detalle sobre el carácter de las anomalías en el cuello uterino, el procedimiento y sus posibles resultados. Sin embargo, no sugería ninguna estrategia de afrontamiento que pudieran utilizar las mujeres.

Los resultados sugerían un efecto específico de cada faceta de la información proporcionada. Todas las pacientes que recibieron los folletos sabían más sobre los temas relativos a la colposcopia que un grupo de pacientes que no recibió ninguna información. Sin embargo, las mujeres que recibieron el folleto médico no experimentaron ninguna reducción de la ansiedad por haberlo recibido. Por el contrario, aquellas pacientes a las que se entregó un folleto sobre afrontamiento presentaban menos ansiedad cuando acudieron al hospital para su operación que aquellas que no habían recibido ningún folleto o sólo el folleto médico.

Se pueden utilizar nuevas tecnologías para ayudar a proveer información. Rawl, Given, Given *et al.* (2002) evaluaron el efecto de una intervención informática que proporcionaba a las mujeres a las que se acababa de diagnosticar un cáncer de mama información sobre la enfermedad, su tratamiento y las estrategias para manejar los síntomas. Se combinó con

Colposcopia

Método utilizado para identificar células que pueden devenir en un cáncer del cuello uterino. Se realiza a veces tras una citología si se descubren anomalías. Un colposcopio es un microscopio de baja potencia.

Citología

Cultivo de células extraídas del cuello del útero para analizar la presencia de cambios celulares que indiquen riesgo de cáncer.

apoyo de una enfermera especializada en la atención a pacientes con cáncer. Tras la intervención, las participantes manifestaron sentir menos depresión y ansiedad que aquellas que no habían recibido la intervención, aunque la combinación de los dos elementos de la intervención dificulta averiguar qué parte de la intervención era la más eficaz.

Los programas educativos cuya principal intención es ayudar a las personas a manejar una enfermedad y a reducir el riesgo de más enfermedades también pueden afectar a su estado de ánimo. Por qué es así no está del todo claro. Los dos ejemplos que vamos a citar aquí hacen referencia a pacientes cardíacos. En cada uno de estos estudios es posible que las intervenciones proporcionaran a los pacientes una sensación de control de su enfermedad y redujeran la ansiedad sobre su salud a largo plazo. También animaban a los participantes a recuperar sus antiguas costumbres y a no restringir excesivamente sus vidas por culpa de su enfermedad. Esto pudo derivar en un mejor estado de ánimo. La primera de estas investigaciones era un importante estudio de la rehabilitación de individuos tras un infarto de miocardio. En él, Lewin, Roberston, Irving *et al.* (1992) compararon la efectividad de un paquete educativo de seis semanas para seguirlo desde casa, conocido como el «manual del corazón», con un paquete de información y asesoramiento informal placebo. El manual del corazón se centraba en guiar a los pacientes a través de un cambio progresivo de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, incluyendo cambios de dieta, ejercicios y técnicas de relajación. Los pacientes seguían el manual desde su casa durante un periodo de seis semanas. A lo largo de este tiempo, también recibían tres llamadas telefónicas de enfermeras expertas para hablar de sus progresos y de cualquier problema que hubieran tenido. Durante el siguiente año, los participantes que recibieron el manual sobre el corazón refirieron menores niveles de ansiedad y depresión que los del grupo de control. También tenían menos probabilidades de acudir al médico con inquietudes sobre su condición cardíaca en los seis primeros meses tras haber sido dados de alta en el hospital.

Bypass de la arteria coronaria

Procedimiento médico en el que injertan venas o arterias de otras partes del cuerpo de la aorta a las arterias coronarias, haciendo una circunvalación de los bloqueos provocados por ateromas en las arterias cardíacas y mejorando el abastecimiento de sangre al corazón.

En otro tipo de programa parecido, Hartford, Wong y Zakaria (2002) utilizaron un programa de contactos telefónicos para los pacientes de un *bypass de la arteria coronaria* y sus parejas. El programa proporcionaba información sobre una serie de cuestiones para ayudar a la recuperación, incluyendo un plan gradual de ejercicios y actividades, afrontamiento del dolor y cómo abordar los problemas psicosociales, la dieta y la utilización de medicamentos. El programa empezaba con una reunión entre una enfermera especializada y el paciente y su pareja el día en que se daba el alta, en la que se proporcionaba información sobre la medicación para el dolor, las distancias que se podían andar, los descansos de camino a casa, el número de teléfono de asistencia de las enfermeras las 24 horas del día, y un día en que se los volvería a llamar. A continuación se realizaban seis llamadas telefónicas a intervalos cada vez más amplios en el transcurso de las siete semanas siguientes, en las que se evaluaban los problemas y se proporcionaba información relevante. A pesar del énfasis en cambiar la conducta, también resultó efectivo para reducir los niveles de ansiedad tanto del paciente como de su pareja.

Entrenamiento en manejo del estrés

El entrenamiento en manejo del estrés incluye enseñar a los individuos directamente cómo tienen que abordar el estrés, utilizando estrategias como:

- *Resolución de problemas*: prevenir o minimizar los problemas externos que contribuyan al estrés.
- *Reestructuración cognitiva*: identificar y cuestionar los pensamientos que provocan estrés, que pueden iniciar o exacerbar la respuesta de estrés.
- *Relajación*: para reducir la activación fisiológica que forma parte de la respuesta de estrés.

Hemos analizado con más detalle estos enfoques en el Capítulo 13. Puesto que estas estrategias están dirigidas específicamente a la reducción del malestar emocional, sería de esperar que fueran eficaces, lo que parece ser el caso. Un meta-análisis de 45 estudios en los que había cierto tipo de procedimiento de manejo del estrés (Meyer y Mark, 1995) concluyó que, en promedio, los que recibían la intervención estaban hasta un 60 por ciento mejor que los que no habían recibido la intervención. Además, estas intervenciones han demostrado ser eficaces en diversas etapas del proceso asistencial, incluyendo:

- espera del diagnóstico;
- durante el tratamiento;
- afrontamiento del estrés emocional de vivir con una enfermedad a largo plazo.

Aquí, los procedimientos de manejo del estrés utilizados para ayudar a las personas a afrontar tres enfermedades, SIDA/VIH, cáncer y enfermedades cardíacas, proporcionan ejemplos de su eficacia.

En la actualidad, es posible obtener los resultados de las pruebas del VIH en unas pocas horas. Sin embargo, no siempre fue así, y los primeros intentos de ayudar a las personas a afrontar el estrés de someterse a las pruebas solían durar varias semanas. En uno de éstos, Antoni, Baggett, Ironson *et al.* (1991) analizaron el efecto de un programa de manejo del estrés de 10 semanas en el que los participantes recibían sus resultados sobre el VIH a mitad del programa. La primera parte del programa se centraba en afrontar la incertidumbre de tener que esperar los resultados; la segunda se centraba en afrontar el hecho de saber que se tenía el VIH. Los hombres del grupo de control que resultaron seropositivos mostraron significativos aumentos de la ansiedad y la depresión durante el periodo de espera. Las mismas puntuaciones de los que estaban en el grupo de intervención disminuyeron, de hecho, en el mismo periodo. Coates, McKusick, Kuno *et al.* (1989) no refieren unos resultados tan positivos. Ellos encontraron que los hombres que esperaban el resultado de las pruebas del VIH referían una mayor ansiedad tras el programa de manejo del estrés. Los autores especulaban que el programa podría haber recordado de forma repetida a los que tomaban parte los problemas potenciales de ser seropositivo más que haberlos ayudado a afrontar sus niveles de estrés.

Entrenamiento en afrontamiento eficaz

Un tipo específico de manejo del estrés en el que se enseña a los participantes a cambiar sus esfuerzos de afrontamiento para ajustarlos a las demandas concretas que tienen que superar: utilización del afrontamiento centrado en las emociones cuando la situación no se puede cambiar, y del afrontamiento centrado en los problemas cuando sí se puede cambiar.

Otros estudios sobre el manejo del estrés han intentado reducir el malestar entre las personas que viven con el VIH. Chesney, Folkman y Chambers (1996), por ejemplo, compararon un programa de tres meses de lo que denominaron **entrenamiento en afrontamiento eficaz** con un grupo de tan sólo educación y un grupo de control en lista de espera. El entrenamiento en afrontamiento eficaz enseñó a los participantes a identificar la naturaleza de los factores estresores concretos que tenían que abordar:

- Si el elemento estresante era potencialmente modificable, se animaba a los participantes a planificar y adoptar estrategias para cambiar la naturaleza del elemento estresante, utilizando algunos de los enfoques de resolución de problemas descritos en el Capítulo 13.
- Si se consideraba que no se podía cambiar el elemento estresante, se animaba a los participantes a aplicar estrategias de afrontamiento más centradas en las emociones, como la relajación o la distracción, para gestionar su respuesta personal de estrés de forma que se minimizara el nivel de estrés experimentado.

La intervención resultó eficaz: las personas del grupo de intervención activa informaron de unas reducciones significativamente mayores del estrés y aumentos de la autoeficacia que las que estaban en cualquiera de las otras condiciones.

Los cuidadores de individuos seropositivos pueden experimentar un estrés significativo y, así, también pueden beneficiarse de aprender técnicas de manejo del estrés. Pero ¿es mejor trabajar con esas personas a título individual, o como parte de una pareja e incluir en la intervención a la persona de la que cuidan? Pakenham, Dadds y Lennon (2002) abordaron este tema, comparando la intervención de manejo del estrés dirigida a los cuidadores de forma individual o como una díada, comparando la eficacia de ambos grupos con un grupo de control en lista de espera. La intervención incluía estrategias para promover la resolución de problemas con técnicas de resolución de problemas, así como estrategias para ayudar a los participantes a afrontar cualquier malestar que pudieran experimentar. Aunque el trabajo con los individuos resultó mejor que la ausencia de intervención, la intervención más efectiva implicaba trabajar con los dos miembros de la pareja en el programa.

Un segundo grupo de pacientes en el que se ha demostrado que el manejo del estrés es una intervención efectiva son las personas con un diagnóstico de cáncer. Uno de los primeros estudios con esta población es el referido por Fawzy, Fawzy, Hyun *et al.* (1993), que compararon un programa de manejo del estrés con la atención habitual en un grupo de pacientes con un **melanoma maligno** cuyos tumores habían sido extirpados quirúrgicamente. La intervención incluía tres componentes activos:

1. *Educación sobre salud*: centrarse en la naturaleza del melanoma, y en una dieta, ejercicio y exposición al sol adecuados.
2. *Técnicas de manejo del estrés*: en concreto, relajación y mejora de las habilidades para resolver problemas.
3. «*Alternativas de afrontamiento general*».

Melanoma maligno

Un tipo de cáncer de piel poco frecuente pero potencialmente letal.

Sólo el grupo de intervención activa manifestó sentir mejoras del estado de ánimo, tanto inmediatamente después de la intervención como en el seguimiento realizado seis meses más tarde. Más recientemente, Antoni, Lehman, Kilbourn *et al.* (2001) encontraron que las intervenciones de manejo del estrés daban lugar a significativas reducciones de los niveles de depresión

y aumentos de lo que denominaron «**identificación de beneficios**» (identificar aspectos positivos de la enfermedad) entre mujeres en las primeras etapas del cáncer de mama cuando se comparaban con un seminario educativo de un día de duración. Los beneficios típicos incluían:

- un mayor entusiasmo para aprovechar la vida al máximo;
- hacer elecciones vitales positivas como resultado de la enfermedad;
- una mayor apreciación de estar vivas;
- mejores relaciones con la pareja.

Merece la pena destacar que las mujeres a las que les fue mejor tras la intervención fueron aquellas que tenían niveles de optimismo relativamente bajos al inicio de la terapia.

Se ha desarrollado un programa de manejo del estrés más específico para utilizar con los pacientes con cáncer en el Royal Marsden Hospital de Londres, el cual denominó a su enfoque la «terapia psicológica adyuvante». Se trata de una breve terapia centrada en identificar problemas significativos que enseña estrategias cognitivo-conductuales para resolverlos. Intenta generar lo que el grupo denominó un «espíritu luchador»: es decir, un enfoque positivo y activo para abordar su enfermedad y los problemas relacionados. Moorey, Greer y Watson (1994) compararon este enfoque con la atención rutinaria (es decir, sin intervención psicológica) en una población de mujeres con cáncer de mama. Al final de la terapia, las participantes de la intervención activa refirieron una angustia psicológica significativamente inferior a las del grupo de control. En el seguimiento realizado un año más tarde, las tasas de ansiedad eran un 19 por ciento en el grupo de intervención activa y un 44 por ciento entre las pacientes de control: las tasas de depresión fueron del 11 y del 18 por ciento respectivamente. Un estudio posterior realizado por el mismo equipo (Moorey, Greer, Bliss *et al.*, 1998) encontró que su enfoque también era más eficaz que un enfoque de asesoramiento genérico para reducir angustia y malestar psicológico.

Un tercer grupo en el que analizamos la eficacia de los programas de manejo del estrés es el de los pacientes cardíacos. La mayoría de estas intervenciones se ha centrado en los niveles de ansiedad, normalmente con un efecto significativo (Rees, Bennett, Vedhara *et al.*, 2004). Sin embargo, dado el creciente énfasis en el papel de la depresión en el incremento del riesgo de un nuevo infarto de miocardio (*véase* el Capítulo 8), algunos estudios han empezado a centrarse en los niveles de depresión. Por ejemplo, Freedland, Carney, Hance *et al.* (1996) refirieron que una intervención cognitivo-conductual (utilizando estrategias parecidas a las utilizadas en los programas de manejo del estrés) daba lugar a significativas reducciones de la depresión tras una media de nueve sesiones.

Identificación de beneficios

Proceso de identificación de efectos beneficiosos como consecuencia de lo que normalmente se considera un suceso negativo, como el desarrollo de un cáncer o estar infectado por el VIH.

No es sólo el individuo que ha padecido el infarto de miocardio el que padece malestar psicológico; también se angustian sus familiares y amigos. Pueden estar preocupados por las posibles repercusiones del infarto de miocardio sobre la salud de su pareja, su renta, etc. También pueden tener que asumir más roles y responsabilidades en casa. Por consiguiente, a veces pueden terminar más angustiados tras el infarto de miocardio que el propio paciente. Por ello, se invita frecuentemente a los familiares a muchos programas de rehabilitación cardíaca. Uno de los pocos estudios que han evaluado una intervención dirigida tanto a los pacientes como a sus parejas es el referido por Nelson, Baer y Cleveland (1998), que compararon un programa de manejo del estrés diseñado para el individuo con un programa orientado a la pareja con la atención habitual. El programa para las parejas proporcionaba información sobre el proceso de la enfermedad, el funcionamiento físico y lo que podrían esperar que fueran capaces de hacer sus parejas socialmente y respecto al trabajo. Además, las animaban a expresar cómo se sentían cuando estaban ansioso o enfadados. Las personas de la intervención familiar obtuvieron mejores resultados que las de los cuidados habituales en las medidas de malestar y refirieron mayores niveles de adherencia al régimen de tratamiento médico. Sin embargo, los pacientes que tomaron parte en el programa de manejo del estrés refirieron una mayor participación en sus actividades laborales y sociales además de estas ganancias. Por tanto, aunque proporcionar información puede tener un beneficio significativo para las parejas, estos beneficios pueden incrementarse aún más incorporando un programa cognitivo de manejo cognitivo del estrés.

Hallazgos de la investigación

Shapiro, S. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A. J., López, A. M. y Schwartz, G. E. (2003). The efficacy of mindfulness-based stress reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer. An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, 54; 85-91.

Antecedentes

Un diagnóstico de cáncer de mama puede provocar malestar emocional muy importante. Uno de los problemas que pueden derivar de ese malestar son importantes dificultades para dormir. Entre el 31 y el 54 por ciento de las pacientes con cáncer de mama refieren dificultades para dormir al poco tiempo de recibir el diagnóstico, y muchas experimentan dificultades prolongadas. Este estudio evalúa el papel de un programa de manejo del estrés basado en la meditación, conocido como meditación de atención plena, para reducir las perturbaciones del sueño en esta población.

La utilización de la atención plena como medio para reducir el estrés ha sido promovida por Kabat-Zinn desde la década de 1970. Sin embargo, sus orígenes son mucho más antiguos y emanan de las enseñanzas budistas. Según éstas, la atención plena (*sati*) es una observación sin juicios de valor. Es la capacidad de la mente de observar sin criticar. Con esta capacidad, uno ve las cosas sin condenarlas o juzgarlas. Nada le sorprende a uno. Uno simplemente adopta un interés equilibrado en las cosas, de forma exacta a cómo son

en su estado natural. Uno no decide y no juzga. Se limita a observar. En lo que respecta a afrontar el cáncer, consiste en separar el conocimiento de tener un cáncer de cualquier emoción negativa: el paciente aprende a observar sus pensamientos y emociones sin ser desbordado por ellos.

Este estudio analiza el impacto de la utilización de la atención plena sobre el sueño de los pacientes con cáncer de mama. Concretamente, las hipótesis eran:

- Las quejas sobre el sueño estarían relacionadas con malestar psicológico.
- Las participantes en el programa de atención plena informarían de una eficiencia y calidad de sueño significativamente mayor comparadas con una condición de afrontamiento de «libre elección».
- Entre las que participaron en el programa de atención plena, las mejoras serían mayores entre las que más practicaran la atención plena.

Método

Las participantes fueron 63 mujeres reclutadas en consultas de oncología de Tucson, Arizona. Tenían edades comprendidas entre los 18 y los 80 años, un historial de cáncer de mama en la etapa II (una etapa temprana en la que el cáncer de mama se ha extendido a los nódulos linfáticos sobacote la axila y/o el tumor tiene de dos y medio a cinco centímetros de ancho) en un plazo máximo de dos años antes y estaban actualmente en remisión.

Las medidas incluían:

- *El Perfil de Estados de Ánimo*: que medía diversos estados de ánimo, incluyendo la ansiedad y la depresión.
- *El Inventario de Depresión de Beck*: para medir la depresión.
- *El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo*: para medir los niveles de ansiedad característica (rasgo) y actual (estado).
- *Un registro del sueño*: incluyendo mediciones de las siestas, el tiempo que tarda en dormirse, el número y duración de los episodios de vigilia, y el tiempo total durmiendo. Se calculaba la eficiencia del sueño como un cociente del tiempo que se pasaba durmiendo dividido por el tiempo total en la cama desde el momento en que el individuo quería dormirse hasta que se despertaba definitivamente. Las clasificaciones de la calidad del sueño se basaban en calificaciones diarias de 10 puntos asignadas al levantarse sobre afirmaciones del tipo «clasifique la calidad de su sueño la noche anterior» y «clasifique cómo se siente ahora en términos de estar descansada/renovada».

Las participantes cumplimentaron los cuestionarios dos semanas antes de iniciar la intervención, y una semana, tres meses y nueve meses después de la intervención. Además, cumplimentaron el diario del sueño durante una semana antes de la intervención y durante las seis semanas de la intervención.

Las intervenciones

La intervención de atención plena incluía seis sesiones de dos horas y un retiro en silencio de seis horas. Las participantes recibían información sobre las siguientes prácticas de meditación:

- *Meditación sentada*: incluía toma de conciencia de las sensaciones corporales, los pensamientos y las emociones al tiempo que se volvía continuamente a centrar la atención en la respiración;

- *Exploración corporal*: un progresivo movimiento de la atención por todo el cuerpo, desde los dedos de los pies hasta la cabeza, observando cualquier sensación en las distintas partes del cuerpo.
- *Hatha Yoga*: consiste en hacer estiramientos y adoptar posturas diseñadas para mejorar la toma de conciencia y el equilibrio y fortalecer el sistema músculo-esquelético.
- *Meditación de amor y afabilidad*: dirigir una atención compasiva a uno mismo y a los demás.

La estrategia de afrontamiento de elección libre incluía que las participantes «eligieran libremente» sus propias técnicas de manejo del estrés a realizar en cada semana (incluyendo hablar con una amiga y darse un baño caliente). Las participantes recibían un libro de trabajo que incluía recursos de apoyo disponibles en la comunidad, poesía y un diario en el que escribir. Se les pidió que observaran y registraran la utilización de cada una de las estrategias de manejo del estrés que utilizaban cada día. No recibieron ninguna intervención o instrucción formal o estructurada.

Resultados

De las 63 mujeres asignadas de forma aleatoria a cada una de las condiciones, una se salió de la condición de afrontamiento de libre elección antes de que se realizara la primera evaluación de línea base debido a restricciones familiares, y una abandonó la condición de atención plena debido a la recurrencia de su cáncer. Así pues, 61 mujeres tomaron parte en la fase de intervención del estudio. De éstas, 54 (86%) cumplieron los cuestionarios posteriores a la intervención, 41 (65%) cumplieron la evaluación de seguimiento a los tres meses, y 49 (78%) cumplieron la evaluación de seguimiento a los nueve meses. La adherencia al programa de atención plena fue aceptable: el 84 por ciento de las mujeres completó, al menos, cuatro de siete sesiones; el 80 por ciento completó cinco o más.

Las puntuaciones iniciales de línea base en las medidas de los resultados de la eficiencia y calidad del sueño indicaban problemas moderados de sueño. La puntuación media de eficiencia del sueño fue de 0,88, el tiempo durmiendo fue de seis horas y 53 minutos, la clasificación de «descanso» fue de 6,1, y la clasificación de la calidad del sueño fue de 6,6 sobre 10.

El estudio utilizó el análisis de regresión múltiple para analizar los factores que contribuyen significativamente a los cambios de cada uno de los indicadores clave. Por tanto, los autores no informaron de las puntuaciones medias en cada momento del estudio. Por el contrario, refirieron cuáles eran las variables que predecían de manera independiente las variables criterio clave (es decir, las diversas mediciones del sueño) en una serie de regresiones múltiples. Los principales resultados encontrados, en función de cada una de sus hipótesis, fueron:

- La eficiencia del sueño no estaba relacionada significativamente con el malestar psicológico inicial. Sin embargo, las participantes con una mayor malestar inicial tenían niveles significativamente inferiores de calidad del sueño y de sueño renovador durante el periodo del estudio, independientemente del tipo de intervención recibida.
- La calidad del sueño no mejoró durante el tiempo que duró el experimento en ninguna de las condiciones. El sentirse renovadas tras haber dormido disminuyó significativamente durante el periodo de estudio, independientemente del tipo de intervención

recibida. La eficiencia del sueño aumentó con el tiempo en los dos grupos, pero estos cambios no fueron estadísticamente significativos.

- Ni la eficiencia del sueño, ni la calidad del sueño estaban relacionadas significativamente con la cantidad de práctica de la atención plena. Sin embargo, la sensación de estar descansadas después de dormir tenía una relación positiva con una mayor práctica de la atención plena.

Discusión

Los principales resultados del estudio fueron que las participantes que habían tenido elevados niveles de ansiedad y/o depresión dormían peor que las que estaban menos angustiadas. Las intervenciones tuvieron efectos poco relevantes sobre el sueño. Ambas intervenciones estaban relacionadas con mejoras escasas en la medida de la eficiencia del sueño. Sin embargo, en general, la calidad del sueño permanecía inalterada, y el grado en que las participantes se sentían descansadas después de dormir disminuyó, de hecho, durante el periodo de estudio. Los efectos de la práctica de la atención plena también fueron modestos. El incremento de la utilización de la técnica parecía tener un escaso impacto sobre la eficiencia y la calidad del sueño. Sólo los sentimientos de sentirse descansadas después de dormir aumentaron con el grado de práctica de la atención plena.

Hay que interpretar estos hallazgos como algo decepcionantes. En defensa de la atención plena, los autores señalan que incluso en el «cumplimiento máximo», las participantes de la intervención de la atención plena utilizaban el método durante una media de cinco minutos al día, significativamente por debajo del tiempo recomendado para lograr la eficacia óptima de la técnica. Así pues, puede que el problema aquí no sea la efectividad potencial de la técnica, sino más bien la disposición de las participantes a aplicarla realmente en el «mundo real» de sus ajetreadas y exigentes vidas. La investigación futura podría incluir el desarrollo de una intervención más fácil de aplicar, o el análisis de la efectividad de la intervención si se utiliza con personas que estén motivadas y que pueden encontrar el tiempo necesario para aprovechar óptimamente esta estrategia.

Apoyo social

En el Capítulo 12 analizábamos cómo el apoyo social puede mejorar o mantener tanto la salud física como la mental. Teniendo esto presente, hay una serie de estudios que han evaluado el impacto de los grupos de apoyo diseñados para proporcionar apoyo social procedente de personas que experimentan problemas de salud similares. Muchos de estos grupos han sido liderados por profesionales e incluyen un elemento de terapia de grupo o de trabajar para lograr objetivos del grupo. Uno de los primeros estudios que evaluó la eficacia de este enfoque es el referido por Spiegel, Bloom, Kraemer *et al.* (1989). Estos autores asignaron de forma aleatoria mujeres con cáncer de mama, a un grupo de control que recibió el tratamiento habitual, o a grupos de apoyo semanales liderados por profesionales sanitarios. Se centraron en una serie de temas, incluyendo:

- creación de fuertes lazos de apoyo;
- expresión de las emociones;

- afrontar directamente el miedo a morir;
- mejorar las relaciones familiares;
- participar activamente en las decisiones relativas al tratamiento.

Sólo las participantes de la intervención activa mostraron mejoras en las medidas de depresión y ansiedad.

Más recientemente, Classen, Butler, Koopman *et al.* (2001) informaban acerca de la efectividad de una serie de grupos de apoyo semanales durante un año entero en los que se animaba a las pacientes con cáncer de mama a explorar sus reacciones emocionales a su enfermedad y a obtener apoyo del grupo. Comparadas con las participantes de un grupo de control a las que se había proporcionado materiales educativos, las participantes de la intervención activa refirieron reducciones significativamente mayores de los síntomas de estrés traumático y un mejor estado de ánimo a largo plazo. En un informe posterior (Giese-Davis, Koopman, Butler *et al.*, 2002), el mismo equipo investigador observó que las mujeres que participaron en los grupos informaban de una menor supresión de los estados de ánimo negativos al tiempo que también mostraban una conducta menos agresiva, desconsiderada, impulsiva e irresponsable en comparación con el grupo sin tratamiento. Por tanto, concluían que este tipo de intervención puede ayudar a las mujeres a ser más expresivas con sus emociones sin ser más hostiles. Este tipo de intervención también puede funcionar en entornos no occidentales. Montazeri, Jarvandhi, Haghghat *et al.* (2001) refirieron beneficios similares tras la participación en grupos de apoyo para mujeres iraníes con cáncer de mama. Se encontró que la participación en el grupo era el factor más importante que contribuía a un mayor bienestar.

Comparando los enfoques de apoyo tradicionales y de la nueva era, Targ y Levine (2002) investigaron los efectos de un curso de 12 semanas sobre medicina complementaria y alternativa incluyendo el uso de la meditación, la afirmación, la imaginación y los rituales con la asistencia a un grupo de apoyo para el cáncer de mama. El grupo de apoyo incluía la enseñanza de habilidades de manejo del estrés cognitivo-conductuales, así como la provisión de apoyo social. Los dos enfoques de la intervención resultaron eficaces para mejorar una serie de resultados, incluyendo las medidas de ansiedad, indefensión/desesperanza, depresión y confusión. Sin embargo, el grupo de intervención complementaria obtuvo ganancias en una medida del «bienestar espiritual» que no se encontraron en el grupo de apoyo cognitivo-conductual. También se han utilizado los grupos de apoyo para ayudar a personas seropositivas a asumir su condición y sus consecuencias. Goodkin, Tuttle, Blaney *et al.* (1998), por ejemplo, evaluaron el efecto de este tipo de grupos con hombres seropositivos y seronegativos que habían experimentado recientemente la pérdida de un ser querido. La intervención se centró en los temas relacionados con el duelo, incluyendo la expresión de sentimientos y el seguir adelante. La intervención tuvo éxito, ya que los participantes del grupo de intervención refirieron malestar psicológico y pena que los que estaban en el grupo de control sin tratamiento.

Manejo de la enfermedad

Se puede utilizar un segundo conjunto de intervenciones para ayudar a las personas a obtener las habilidades y la motivación para manejar los síntomas de una enfermedad con la máxima eficacia posible: para mantener un programa de ejercicios y movilidad cuando se padece una artritis reumatoide, un régimen de insulina cuando se tiene diabetes, etc. El objetivo de la intervención aquí no es prevenir el desarrollo de la enfermedad, sino minimizar su impacto negativo sobre el individuo afectado.

Proporcionar información

Existe un considerable cuerpo de evidencia empírica que muestra que los programas de educación de los pacientes pueden aumentar sus conocimientos sobre una condición o su manejo, al menos a corto plazo (por ejemplo, Gibson *et al.*, 2000; van den Arend, Stolk y Rutten, 2000). Sin embargo, incluso cuando se logra aumentar los conocimientos, puede que éstos no siempre afecten a la conducta o al control de los síntomas. En efecto, una serie de estudios han encontrado que sólo existe una relación marginal entre los programas educativos y el cambio de conducta. Por ejemplo, en una revisión sistemática de once programas educativos para personas con asma, Gibson, Coughlan, Wilson *et al.* (2000) concluyeron que, aunque estos programas aumentaban los conocimientos, no había ninguna prueba de que afectaran a las medidas sobre el uso de la medicación, las visitas al médico, la hospitalización y la función pulmonar. Dicho esto, los programas de alta calidad que proporcionan a los pacientes información relevante pueden ayudar a los pacientes a manejar su enfermedad.

El mejor tipo de información por escrito no sólo proporciona información sobre una enfermedad y su manejo, sino que también involucra al lector en un programa de cambio o de planificación de sus propios cuidados. Cuando esto se hace, la información escrita puede constituir una poderosa intervención coste-efectiva. En un estudio desde este enfoque, Lewin, Furze, Robinson *et al.* (2002) evaluaron una intervención escrita para ayudar a las personas a manejar su angina de pecho. Compararon un programa educativo normal que proporcionaba información, pero ninguna estrategia para cambiar, con un programa conductual por escrito que mostraba a los participantes la mejor manera de manejar su angina y los animaba a planificar nuevas actividades y a limitar el efecto que tenía la angina sobre su vida. Seis meses después del final de la intervención, los pacientes de la intervención conductual refirieron menores niveles de angina, utilizaban fármacos para controlar la angina con menos frecuencia e informaban de menos restricciones físicas de sus actividades que los pacientes del grupo de control. Piette, Weinberger y McPhee (2000) refieren un programa interactivo para el tratamiento de la diabetes, evaluando el impacto de un «programa telefónico automatizado de manejo de la enfermedad» en el que los participantes de rentas bajas recibían una llamada telefónica de una enfermera instructora cada dos semanas. En el transcurso de la llamada, se

les pedía que refiriesen su estado de salud y de autocuidados, y recibían educación relevante sobre el autocuidado. En comparación con las personas que no recibieron la intervención, los pacientes de esta condición refirieron menos síntomas de depresión, una mayor confianza en su capacidad para llevar a cabo conductas de autocuidado, y menos días en cama por culpa de su enfermedad.

Internet proporciona ahora una fuente clave de información para muchos pacientes. Proporciona tanto sitios «oficiales» formales como sitios «no oficiales», de los cuales muchos abogan por la utilización de diversos enfoques de tratamiento o los condenan como peligrosos e inaceptables. Dada esta riqueza de información en Internet, a menudo contradictoria, el acceso a esta información puede tanto beneficiar al paciente como constituir un potencial de confusión e incluso de perjuicios. También plantea retos significativos a los médicos cuando proporcionan información sobre determinada condición. Analice la siguiente anécdota en la que un médico británico prescribió tamoxifen, un fármaco conocido por reducir significativamente el riesgo de recurrencia de cáncer en mujeres que habían tenido un cáncer de mama (*véase* Buzdar, 2004). En la consulta, describió a una paciente tanto los beneficios como los efectos secundarios habituales y los riesgos para la salud de tomar el fármaco. Con esta información, la mujer decidió tomarlo a título preventivo. Al día siguiente llamó por teléfono al médico diciendo que ya no estaba dispuesta a tomar el fármaco ya que había buscado en una serie de sitios web estadounidenses, y sus descripciones de los riesgos para la salud del fármaco la hicieron cambiar de opinión. Aunque se podría interpretar esta anécdota como un reflejo del poder del consentimiento informado, lo que había asustado a esta mujer había sido una lista de enfermedades que habían padecido las mujeres que habían tomado el fármaco. Lo que no tenía eran los datos necesarios para contextualizar dicha lista, que incluía muchas condiciones que podrían haberse producido en tan sólo un porcentaje muy pequeño de las que habían tomado el fármaco, o que incluso podrían no haber sido provocadas por el fármaco.

Los proveedores de la atención sanitaria están respondiendo actualmente a este tipo de retos proporcionando su propia información en Internet a la que pueden acceder fácilmente los pacientes pudiendo así proporcionar información adecuada. Uno de los muchos sitios de información sobre la salud en Internet es el que proporciona actualmente la American Heart Association (AHA: Nancy, 2002). *Heart Profilers* (www.americanheart.org/profilers) proporciona una herramienta interactiva en la Red con la que los pacientes pueden obtener un informe personalizado de opciones de tratamiento «científicamente precisas», una lista de preguntas que plantear a su médico en su próxima visita (lo que se ha demostrado que mejora la comunicación entre el médico y el paciente y la satisfacción de éste: *véase* el Capítulo 10), e información clave que necesitan para poder participar en su tratamiento. En la web, los menús llevan a información relacionada con los fallos cardiacos y las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión, el colesterol elevado y la **fibrilación auricular**. Resulta difícil evaluar la efectividad de este tipo de intervención. Sin embargo, las personas que acceden a los sitios web relacionados con la salud y la enfer-

Fibrilación auricular

Un desorden del ritmo cardiaco (arritmia). Consiste en un ritmo cardiaco muy rápido, en el que las aurículas (las cámaras superiores del corazón) se contraen de forma muy rápida y desorganizada y no logran bombear eficazmente la sangre del corazón.

medad suelen tener más conocimientos que las que no (Kalichman, Benotsh, Weinhardt *et al.*, 2003), aunque puede que se deba a que las personas mejor informadas tienen más probabilidades de acceder a los sitios de Internet relevantes para su enfermedad. No obstante, estos datos sugieren que Internet podría constituir un recurso útil para las personas que padecen muchas de las enfermedades crónicas.

Formación en automanejo

Tal vez el planteamiento mejor conocido para ayudar a los pacientes a lograr control sobre su enfermedad sea el conocido como formación en automanejo (Lorig, 1996). Consiste en enseñar a los individuos afectados a manejar su enfermedad de forma que maximicen el control de sus síntomas y su calidad de vida. Parte de la teoría de la cognición social (por ejemplo, Bandura, 2001), que sugiere que los pacientes pueden aprender habilidades de automanejo a partir de la práctica y de la observación de terceros, y que el éxito en la consecución del control lleva, a su vez, a una mayor confianza y a una aplicación continuada de las nuevas habilidades. Por tanto, la esencia de la formación en autogestión es un programa de formación de habilidades progresivo y estructurado que garantiza el éxito en cada etapa antes de avanzar hasta la siguiente. Los programas de automanejo suelen ser, aunque no exclusivamente, intervenciones de grupo, facilitando el proceso de aprendizaje mediante la observación de los demás. Este enfoque está específicamente dirigido al manejo eficaz de una enfermedad. No se centra en las secuelas emocionales de la enfermedad, ni tampoco pretende ser una intervención preventiva. Los programas de automanejo empiezan centrándose en ayudar a la gente a afrontar la artritis, abordando normalmente temas como:

- hacer ejercicio con artritis;
- manejar el dolor;
- comer de manera saludable;
- prevenir la fatiga;
- proteger las articulaciones;
- tomarse la medicación contra la artritis;
- abordar el estrés y la depresión;
- colaborar con el médico y el equipo de atención sanitaria;
- valorar los tratamientos alternativos;
- superar la artritis: resolución de problemas.

Estos programas han demostrado ser extremadamente eficaces. Una revisión realizada por Superio-Cabuslay, Ward y Lorig (1996), por ejemplo, mostraba ganancias superiores a tan sólo el tratamiento farmacológico en términos de:

- del 20 al 30 por ciento en las medidas de alivio del dolor;
- 40 por ciento de capacidad funcional;
- del 60 al 80 por ciento de reducción del número de articulaciones doloridas.

Los programas de automanejo originales abordaban todos los temas con todos los individuos. Sin embargo, es posible que algunos temas sean más relevantes que otros. Por ello, una serie de programas ha avanzado ahora desde el enfoque de «talla única para todos» a programas individualizados que proporcionan una serie de módulos a los participantes para que elijan en función de sus necesidades particulares. Evers, Kraaimaat, van Riel *et al.* (2002) evaluaron la efectividad de uno de estos programas dirigidos a individuos con artritis reumatoide. Los módulos incluían los dirigidos a ayudar a las personas a afrontar la fatiga, el estado de ánimo negativo y el dolor, y para mantener o mejorar las relaciones sociales. El programa dio lugar a ganancias a medio y largo plazo en una serie de medidas psicológicas, incluyendo la utilización de estrategias de afrontamiento activo, el estado de ánimo, la fatiga y la indefensión en comparación con una condición sin tratamiento.

Tras su éxito con la artritis, en la actualidad se utilizan los programas de automanejo para ayudar a las personas a controlar una serie de enfermedades a largo plazo. Gifford, Laurent, Gonzales *et al.* (1998), por ejemplo, asignaron de forma aleatoria a hombres con VIH sintomático o SIDA a, o bien un programa de automanejo de grupo de siete sesiones, o bien se les prestaba la atención habitual. La intervención utilizaba métodos interactivos para proporcionar información sobre cómo vivir con el VIH/SIDA y una serie de habilidades de automanejo de la enfermedad, incluyendo evaluación y manejo de los síntomas, utilización de la medicación (*véase* el Capítulo 10), ejercicio físico y habilidades de relajación. A lo largo del estudio, los participantes que no entraron en el programa refirieron un aumento del número de «síntomas preocupantes» que experimentaban, y un incremento de la sensación de falta de control sobre su salud. Por el contrario, los participantes de la condición de autogestión refirieron tener más control sobre su salud y un menor número de «síntomas preocupantes». Otro programa (Inouye, Flannelly y Flannelly, 2001) mostró ganancias a corto plazo en las medidas del estado de ánimo, incluyendo la ira, y aumentos del control percibido sobre su condición tras una intervención de automanejo del VIH comparada con un grupo de control de una lista de espera.

Un tercer ejemplo de programas de automanejo incluye el control de los niveles de azúcar en sangre en los individuos con diabetes. Langewitz, Wosmer, Iseli *et al.* (1997) refirieron un estudio particularmente interesante de la efectividad de lo que denominaron terapia flexible con insulina intensificada. Su intervención no sólo incluía un elemento educativo, sino que también enseñaba a los participantes cómo podían influir determinados factores, como el ejercicio adicional y la ingesta de comidas con diversos niveles de hidratos de carbono, sobre sus niveles de azúcar en sangre haciendo que experimentaran realmente estas situaciones en el programa. Se enseñaron estrategias de afrontamiento a los participantes y las practicaron cuando se encontraban en estas condiciones. Este enfoque debería proporcionar un aprendizaje más realista que los enfoques convencionales y, por tanto, proporcionar más beneficios si surgen problemas. En comparación con las medidas de línea base de referencia, los participantes de la

Episodio hipoglucémico

Se produce cuando el nivel de glucosa en el cuerpo es demasiado bajo. Se produce frecuentemente cuando se toma demasiada medicación diabética oral o demasiada insulina, no se come suficiente, o después de realizar ejercicio sin haber tomado una ingesta adecuada de alimentos. Los síntomas incluyen una sudoración excesiva, palidez, desmayos y, finalmente, pérdida de conciencia.

intervención mostraron significativas mejoras de los niveles de azúcar en sangre y una reducción de la frecuencia con la que experimentaban **episodios hipoglucémicos** durante el siguiente año.

Se pueden implantar los programas de automanejo de forma sencilla y barata utilizando la tecnología informática. Por ejemplo, Glasgow, Toobert y Hampson (1996) combinaron la utilización de un programa informático con pantalla táctil con llamadas telefónicas y un vídeo interactivo, o instrucciones en una cinta de vídeo, para enseñar a las personas con diabetes a afrontar los retos del control de su dieta, a resolver problemas y fijar metas en función de objetivos de dieta futura. Las personas que recibieron esta intervención mostraron mayores mejoras en una serie de medidas de elecciones dietéticas que aquellas en una condición de control que no recibieron la intervención. Llevando este enfoque un paso más lejos, el mismo grupo investigador (Glasgow, Boles, McKay *et al.*, 2003) evaluó un programa de automanejo para el control de la diabetes, denominado «Diabetes Network (D-Net)», que se encontraba en Internet. El ensayo comparaba los efectos del entrenamiento individualizado en automanejo o de los componentes de apoyo por los iguales con una intervención centrada en información básica proporcionada a través de Internet en una población de usuarios de Internet «relativamente novatos». Esta intervención se implantó bien, y se observaron mejoras en diversos tipos de pacientes. Sin embargo, hubo muchas dificultades para mantener el uso del sistema con el transcurso del tiempo, y la incorporación de elementos propios del apoyo por los iguales y de automanejo individualizado no mejoró significativamente los resultados. No obstante, el programa respalda la utilización básica de información de fácil acceso en Internet como una intervención viable y potencialmente útil.

Entrenamiento en manejo del estrés

Dermatitis atópica

Una serie de condiciones, incluyendo eczemas, que implican una respuesta inflamatoria de la piel.

Una serie de intervenciones se ha centrado en enseñar procedimientos de manejo del estrés en un esfuerzo por controlar los síntomas de trastornos tan diversos como la artritis reumatoide y la **dermatitis atópica**. A continuación se revisa parte de la literatura relevante, con especial atención al tratamiento del síndrome del colon irritable, la angina de pecho y la diabetes.

El síndrome del colon irritable (*véase* el Capítulo 8) incluye alternativamente los síntomas de diarrea y estreñimiento, además de dolor abdominal. El interés por tratar esta enfermedad recurriendo a las técnicas de manejo del estrés deriva de las primeras ideas de que dicha condición es una consecuencia directa del estrés, siendo la hipótesis más fuerte que el síndrome del colon irritable era una presentación alternativa de un trastorno de ansiedad (Latimer, Sarna, Campbell *et al.*, 1981). Latimer sugería que las personas que tienen un alto grado de ansiedad, pero una escasa perspicacia psicológica, pueden referir síntomas físicos de estrés, incluyendo el síndrome del colon irritable, más que sentimientos de ansiedad. En la actualidad se ha puesto en duda de manera muy contundente este modelo, y ahora se reconoce más ampliamente el papel de las sensibilidades a los ali-

mentos, aunque el estrés sigue siendo un importante desencadenante de los síntomas del síndrome del colon irritable en muchos pacientes que padecen esta condición (por ejemplo, Locke, Weaver, Melton *et al.*, 2004).

La mayoría de los estudios sobre la efectividad de los tratamientos psicológicos del síndrome del colon irritable ha demostrado que son tan efectivos, o más, que los tratamientos médicos. Por ejemplo, Kennedy, Jones *et al.* (2005) informaron de un estudio en el que analizaron si el manejo del estrés podía aumentar la eficacia de un fármaco que reduce la actividad intestinal y que se suele utilizar para tratar el síndrome del colon irritable. Todas las personas del estudio recibieron primero el tratamiento farmacológico. Aquellas que siguieron teniendo síntomas del síndrome seis semanas más tarde fueron introducidas, o bien en un programa de manejo del estrés que pretendía reducir éste y enseñar a manejar mejor los síntomas, o bien continuaron en la condición de régimen farmacológico en la que ya estaban con la esperanza de que un mayor periodo de tratamiento mejoraría sus síntomas. De este grupo, los pacientes del programa cognitivo-conductual obtuvieron los mejores resultados, mostrando significativas mejoras en una variedad de medidas de los síntomas del síndrome del colon irritable, así como reducciones en las medidas de malestar emocional.

Los episodios de angina de pecho pueden ser desencadenados tanto por factores de estrés emocional como físico (*véase* el Capítulo 8). Por tanto, una serie de estudios ha explorado los beneficios potenciales de los procedimientos de manejo del estrés en las personas que padecen esta enfermedad. Uno de los primeros estudios fue referido por Bundy, Carroll, Wallace *et al.* (1994), quienes encontraron que los pacientes que formaron parte de un programa de manejo del estrés referían mayores reducciones de la frecuencia de los síntomas de la angina, dependían menos de la medicación, y obtenían mejores resultados en un ejercicio estandarizado conocido como **prueba de esfuerzo** que un grupo de control que no recibió la intervención. Gallacher, Hopkinson, Bennett *et al.* (1997) refirieron un estudio mucho más grande, con cientos de participantes, en el que compararon una intervención menos intensiva que incluía un programa de manejo del estrés administrado en forma de folleto, y tres reuniones de grupo, con una condición de control sin tratamiento. En el seguimiento realizado seis meses más tarde, los pacientes en la condición de intervención refirieron un número de episodios significativamente inferior de angina de pecho desencadenada por el estrés, pero no por el ejercicio: un resultado consistente con la intervención que impactaba directamente sobre los mecanismos del estrés que provocaban los episodios de angina de pecho.

Los beneficios potenciales del manejo del estrés para el control de la diabetes son tal vez menos evidentes que los relacionados con el síndrome del colon irritable o con la angina de pecho. No obstante, existen razones para suponer que podrían constituir un componente eficaz de cualquier programa de control de la diabetes. El estrés suele preceder a los periodos de menor adherencia de la conducta de autocuidado y puede estar relacionado con cambios inadecuados de los patrones de comidas (Viner, McGrath y Trudinger, 1996). Además, los elevados niveles de hormonas de estrés, como el cortisol, reducen la sensibilidad del cuerpo a la insulina

Prueba de esfuerzo

Una prueba del funcionamiento cardiovascular en la que los participantes aumentan paulatinamente el nivel de ejercicio en una cinta corredora mientras que se monitoriza su corazón con un electrocardiograma.

y pueden verse acompañados de aumentos del azúcar en sangre (Surwit y Schneider, 1993). Por tanto, algunos estudios han encontrado que la relajación es una intervención eficaz para mantener los niveles de azúcar en sangre en el intervalo óptimo. Por ejemplo, Surwit, van Tilburg, Zucker *et al.* (2002) refirieron un estudio en el que se comparaba la efectividad de un grupo de educación sobre la diabetes y un grupo que combinaba educación y manejo del estrés en el control a largo plazo de los niveles de azúcar en sangre. La principal medida del resultado era una sustancia conocida como HbA(1c), que indica los niveles de azúcar en sangre durante los tres meses anteriores. Al año de la intervención, los pacientes de la intervención combinada tenían menores niveles de HbA(1c) que el grupo en el que sólo se había proporcionado educación. De forma interesante, Aikens, Kiolbasa y Sobel (1997) encontraron que las personas que informaban de más estrés y que sentían que sus niveles de insulina eran más susceptibles a los cambios en esos niveles de estrés eran, paradójicamente, las que menos probabilidades tenían de utilizar los métodos de relajación que se enseñaron. Sin embargo, aquellas personas que practicaban la relajación se beneficiaron en términos del control de la diabetes.

Tal vez las mejores intervenciones sean aquellas que combinan la enseñanza de técnicas de manejo del estrés con otras estrategias para ayudar a controlar la diabetes. Por ejemplo, Grey, Boland, Davidson *et al.* (2000) compararon un programa intensivo de manejo de la diabetes combinado con un programa de manejo del estrés con el programa únicamente de manejo de la diabetes en jóvenes con diabetes. En el seguimiento realizado al año, los participantes de la intervención combinada tenían menores niveles de azúcar en sangre y una mayor creencia en su capacidad de controlar la diabetes y su salud en general que los de la condición única. Además, los participantes de la intervención combinada tenían menos probabilidades de aumentar de peso que los del programa sólo de manejo de la diabetes, y las mujeres de esta condición tenían menos probabilidades de referir episodios hipoglucémicos.

Apoyo social y familiar

A pesar de que se admite ampliamente el impacto que tienen los familiares y los amigos sobre las personas que padecen enfermedades crónicas en cuanto a su conducta y bienestar emocional (*véase* el Capítulo 12), hay un número relativamente reducido de intervenciones dirigidas a estos individuos. Las que existen suelen lograr resultados positivos, aunque también hay algunos resultados que recomiendan hablar con cautela.

Algunos programas han trabajado con iguales para ayudar a las personas a afrontar enfermedades crónicas. Suelen incluir a compañeros expertos que muestran la mejor manera de manejar determinada condición. En uno de estos programas, Lorig, Ritter y Gonzalez (2003) presentaron los resultados de un programa de educación liderado por iguales en una comunidad hispana en la que se enseñaban estrategias de automanejo a los participantes con diversas enfermedades crónicas: enfermedades cardiovas-

culares, enfermedades pulmonares y diabetes tipo II. La intervención tuvo éxito, y los asistentes mostraron un mejor estado de salud, una mejor conducta saludable y confianza en su capacidad de manejar su condición en comparación con los sujetos de control que no asistieron a las sesiones, hasta un año después de haberse terminado el programa. Otro proyecto, descrito por Greco, Pendley, McDonell *et al.* (2001) referían los resultados de una intervención en la que jóvenes con diabetes y sus mejores amigos participaron en un grupo de intervención dirigida a aumentar los conocimientos relacionados con la diabetes en ambos tipos de participantes y a aumentar el apoyo de los amigos de la conducta de cuidado de la diabetes del paciente. En este sentido, la intervención tuvo éxito. Además, los grupos más amplios de amigos de los adolescentes también refirieron una mejor comprensión de la diabetes, y los padres informaron de menos conflictos relacionados con la misma.

La participación de las parejas en cualquier intervención también puede ser valiosa, y es posible lograrlo de manera relativamente sencilla. Taylor, Bandura, Ewart *et al.* (1985), por ejemplo, compararon el efecto de distintos niveles de participación de las mujeres en las pruebas de tolerancia al ejercicio de los pacientes cardíacos. En su estudio, se asignó a las esposas a una de tres condiciones:

1. Observación de sus parejas realizando la prueba de esfuerzo para valorar su buena forma cardíaca.
2. Observación de sus parejas realizando la prueba y realizándolas mismas la prueba también.
3. Ninguna observación de la prueba.

Se informó totalmente a todas las mujeres del nivel de forma física de su pareja en una sesión de asesoramiento. La medida clave del estudio fue la clasificación que realizaron las mujeres de la eficiencia cardíaca y física de sus parejas. Las mujeres que observaron a sus maridos y realizaron la prueba de esfuerzo se sintieron más tranquilas sobre la capacidad de sus maridos de realizar ejercicio físico que las mujeres pertenecientes a cualquiera de los otros dos grupos. Aunque no lo podemos saber a partir de los resultados de este estudio, es de esperar que la confianza diera lugar a que las mujeres fueran menos restrictivas sobre los niveles de ejercicio de sus maridos y que estuvieran menos ansiosas cuando hacían ejercicio. Sin embargo, la implicación de las parejas en los programas de educación no siempre ha tenido éxito. Riemsma, Taal y Rasker (2003) refirieron que cuando, tanto los pacientes como sus parejas, asistieron a un programa de educación cardíaca en grupo, los participantes referían reducciones de la autoeficacia y mayor fatiga. Por el contrario, los pacientes que participaron en un grupo de educación sin sus parejas mostraron aumentos de su autoeficacia y menor fatiga.

Expresión emocional

Tal vez el enfoque terapéutico más inesperado que se está desarrollando actualmente para las personas con problemas de salud física es el que se

denomina de expresión emocional narrativa o por escrito. El trabajo emana de las conclusiones de Pennebaker en la década de 1980 (*véase* Pennebaker, Colder y Sharp, 1990) sobre los efectos psicológicos de una tarea de redacción en la que participantes sanos, normalmente estudiantes, escribían sobre un suceso o tema del pasado que los había entristecido o angustiado de forma que analizaban su reacción emocional ante el suceso durante unos 15 a 20 minutos durante tres días consecutivos. Las instrucciones habituales para este ejercicio eran:

1. Busque un sitio en el que no le vayan a molestar. Puede escribir a mano o con una computadora: lo que le resulte más cómodo. Si no quiere escribir, también puede grabarlo en una cinta de audio.
2. Cuento con escribir durante un mínimo de tres días y un mínimo de 15 minutos al día. La única regla es que escriba de forma continua. Si se queda sin nada más que decir, repita sencillamente lo que ya ha escrito.
3. Instrucciones: déjese llevar y escriba sobre sus pensamientos y sentimientos más profundos sobre X. ¿Qué relación mantiene X con otras partes de su vida? Por ejemplo, ¿qué relación tiene con temas relacionados con su infancia, su relación con su familia y amigos, y la vida que lleva ahora? ¿Qué relación podría tener con su futuro, su pasado o con quién es usted ahora mismo? ¿Por qué se siente como se siente, y qué otros temas se plantean a partir de éste?
4. Puede escribir sobre el mismo tema general todos los días o sobre un tema distinto cada día. No se preocupe por la ortografía o la gramática. Lo que escriba es para usted, y sólo para usted. Muchas personas tiran lo que han escrito en cuanto lo han acabado. Otras lo guardan e, incluso, lo editan.
5. Experimente. Intente escribir con distintos estilos. Si cree que se está alterando demasiado cuando escribe, distánciese y cambie de dirección. El objetivo aquí es que comprenda mejor sus propios pensamientos y sentimientos relacionados con X. Averigüe qué enfoque de escritura le viene mejor.

Siguiendo este proceso, los participantes solían referir incrementos a corto plazo de la depresión o el malestar, pero a medio y largo plazo experimentaban un mejor estado de ánimo y, de forma importante en este contexto, parecían tener una mejor salud física medida por su función inmunitaria y la frecuencia de visitas al médico (*véase* Esterling, L'Abate, Murray *et al.*, 1999). Hizo falta que pasara cierto tiempo para que se pusiera a prueba este enfoque entre poblaciones de pacientes. Sin embargo, las intervenciones que se han llevado a cabo parecen mostrar beneficios tras aplicar este enfoque. Por ejemplo, Smyth, Stone, Hurewitz *et al.* (1999) compararon los efectos de la emoción expresada por escrito y una tarea de redacción neutra en pacientes con artritis reumatoide y asma. Se pidió a los de la condición de intervención que escribieran sobre la «experiencia más estresante que hubieran tenido»; se pidió a las personas del grupo de control que escribieran sobre temas relacionados con el manejo del tiempo como ejercicio para reducir el estrés. Los dos tipos de pacientes del grupo de

intervención obtuvieron mejores resultados que sus equivalentes del grupo de control en el seguimiento realizado cuatro meses más tarde: los pacientes con asma mostraron mejoras de la función pulmonar, mientras que los pacientes con artritis reumatoide mostraron mejoras en un índice combinado que medía los factores clasificados por el médico, como la actividad de la enfermedad, la inflamación de las articulaciones y el dolor en las mismas, y la presencia y gravedad de las deformidades en las articulaciones, así como los informes de los pacientes sobre cualquier tipo de restricción para realizar sus tareas cotidianas. Por tanto, no se pueden atribuir las ganancias referidas a cambios del autorregistro de los síntomas al mejor estado de ánimo tras la intervención: parecen ser ganancias objetivas en cuanto a la actividad de la enfermedad.

Un estudio más reciente sobre el mismo enfoque fue el referido por Stanton, Danoff-Burg, Sworowski *et al.* (2002), quienes asignaron a los participantes, todos ellos en las primeras etapas del cáncer de mama, a escribir, o bien sobre (1) sus pensamientos y sentimientos más profundos sobre el cáncer de mama (la condición de expresión emocional); (2) pensamientos y sentimientos positivos sobre el cáncer de mama; o bien a (3) hechos sobre su experiencia de padecer cáncer de mama (la tarea neutra). De nuevo, la expresión emocional parecía ser beneficiosa. En comparación con la tarea neutra, los participantes de la condición de expresión emocional refirieron menos síntomas somáticos y menos visitas al médico con preocupaciones sobre el cáncer o sobre condiciones médicas relacionadas. Resulta interesante que las mujeres que normalmente no utilizaban estrategias de afrontamiento de evitación parecían beneficiarse más de la condición de expresión emocional. La expresión emocional positiva pareció beneficiar a las mujeres que solían recurrir a la evitación, es de suponer que porque no las obligaba a enfrentarse a sus temores y a otros temas planteados por su enfermedad.



La premisa del paradigma de la expresión emocional es que puede resultar útil pensar, y a veces procesar, las cuestiones emocionales. Esto ha demostrado ser eficaz en una serie de contextos, pero hay momentos en que puede que no sea un enfoque óptimo, ni siquiera deseable. Se ha sugerido que hay circunstancias en que podría resultar beneficioso aplicar el enfoque contrario. El razonamiento es que las personas que están aguardando a recibir información médica, de la que parte puede tener poderosas repercusiones para el individuo, como ser seropositivo o correr el riesgo de desarrollar un cáncer, podrían beneficiarse más con la distracción de cualquier preocupación que centrándose en las mismas. Al mismo tiempo, no tienen información que procesar emocionalmente, sino que, por el contrario, carecen de información relevante. En estos momentos, puede que sea mejor distraerse de cualquier preocupación invasora en vez de centrarse en ella utilizando el enfoque de Pennebaker. Su enfoque resultó efectivo para ayudar a las mujeres a valorar su riesgo de desarrollar un cáncer de mama, aunque no se comparó con el enfoque de la

expresión emocional. Esto sugiere que puede haber algunas condiciones o circunstancias en las que la expresión emocional tendrá probablemente beneficios, y otras en las que puede que esos enfoques no resulten beneficiosos. Esto aborda un tema que se suele plantear sobre la aplicación de las intervenciones en los momentos adecuados y con los individuos que tienen más probabilidades de beneficiarse de ellas. Así pues, ¿a qué tipo de condiciones, circunstancias o individuos se puede ayudar mejor con la expresión emocional? ¿Existen circunstancias en las que se debería evitar este enfoque y buscar otros?

Prevención del avance de la enfermedad

Consultoría

Se ha utilizado un tipo especial de consultoría con pacientes cardíacos en un intento de prevenir el avance de la enfermedad, con resultados algo contradictorios. El programa *Life Stress Monitoring Program* (LSMP: Frasure-Smith y Prince, 1985) estaba dirigido a hombres de mediana edad que habían padecido un infarto de miocardio y que estaban teniendo problemas para afrontarlo en el año posterior al infarto. En el estudio, una cohorte de más de 450 pacientes que habían padecido un infarto de miocardio fue asignada a un grupo de control sin intervención o a una intervención de «asesoramiento» de bajo contacto. En ésta, recibían un contacto telefónico mensual de una enfermera durante un periodo de un año, en el que se hacía una medición de su malestar psicológico. Si la puntuación superaba un nivel predeterminado, que indicaba un estrés significativo, se ofrecía una visita a domicilio por parte de una enfermera especializada. La acción que realizaba esta enfermera podía variar en función de las circunstancias con las que se encontraba: la mayoría de los contactos consistía en enseñar y tranquilizar ofreciendo información, pero la intervención podía incluir cambios en la medicación y la remisión al cardiólogo en caso necesario.

El equipo de enfermeras visitó a la mitad de los participantes de la condición de intervención durante el periodo de la misma, con una media de seis horas de contacto por paciente. Al final, la tasa de fallecimientos total del grupo de control fue del 9 por ciento, mientras que la del grupo de intervención fue del 5 por ciento (una diferencia significativa). A los cuatro años de la toma de línea base, aunque un porcentaje similar de pacientes de los grupos de control y de intervención había padecido otro infarto de miocardio, los pacientes del grupo de intervención tenían menos probabilidades de morir por el episodio, sugiriendo un beneficio pequeño pero significativo de haber formado parte de la intervención de consultoría. Aunque estos datos resultaron alentadores, deben considerarse con cierta cautela. Por desgracia, la proporción de trabajadores de cuello blanco en el grupo de intervención era significativamente mayor que en el grupo de

control. Por tanto, muchos de los individuos del grupo de intervención podían haber corrido un menor riesgo de volver a padecer un infarto que los del grupo de control simplemente como consecuencia de las diferencias socioeconómicas (véase el Capítulo 2). Debido a las restricciones metodológicas, no se pudieron parcializar estadísticamente estas diferencias en los análisis, por lo que debe considerarse con cierta prudencia la interpretación de los resultados.

Esta cautela podría estar justificada por los resultados de un intento posterior del mismo equipo (Frasure-Smith, Lesperance, Prince *et al.*, 1997) de replicar estos resultados. El estudio M-HART (*Montreal heart attack readjustment trail*) evaluó el mismo tipo de intervención, incluyendo esta vez intervenciones con mujeres y con una población de mayor edad. Por desgracia, la intervención no obtuvo beneficios para los hombres: las tasas de un infarto adicional en el primer año fueron del 2,4 por ciento en el grupo de intervención y del 2,5 por ciento en el grupo de control. Peor aún, las mujeres del grupo de intervención tuvieron un *mayor* riesgo de padecer un nuevo infarto que las del grupo de control (siendo las tasas de un nuevo infarto del 10,3 por ciento y del 5,4 por ciento respectivamente), un efecto que se mantuvo en el seguimiento realizado cinco años más tarde (Frasure-Smith, Lesperance, Gravel *et al.*, 2002). En retrospectiva, puede que estos resultados se debieran a que las enfermeras con una mala formación intentaron atender a individuos extremadamente angustiados y, así, tal vez agravaron y no moderaron sus problemas.

Entrenamiento en manejo del estrés

Programa de ejercicios

Un elemento clave de la mayoría de los programas de rehabilitación cardíaca, que incluyen un aumento paulatino de los ejercicios, empezando normalmente en un gimnasio y, a veces, pasando a hacer ejercicios en casa y fuera de ella.

Dusseldorp, van Elderen, Maes *et al.* (1999) y Linden, Stossel y Maurice (1996), han revisado el impacto de los programas de rehabilitación cardíaca más tradicionales que proporcionan algún tipo de intervención a todos los pacientes, realizando un meta-análisis del efecto de intervenciones «psicosociales» y «psico-educativas» de 23 y 37 programas, respectivamente. Estas intervenciones solían combinar algún tipo de **programa de ejercicios** que incluía incrementos paulatinos de la actividad con un programa educativo sobre el cambio de los factores de riesgo, la medicación y otros temas relevantes para los pacientes a los que se daba el alta tras un infarto de miocardio. Las dos revisiones alcanzaron algunas conclusiones positivas. Por ejemplo, Linden y sus colaboradores refirieron que los pacientes que no entraron en un programa psicosocial tenían una probabilidad significativamente mayor de fallecer o de tener nuevos problemas cardíacos en los dos años posteriores al infarto que los que sí que participaron en dichos programas. Después de este periodo, cualquier efecto protector quedaba debilitado. Dusseldorp *et al.* referían de manera similar que las intervenciones psico-educativas daban lugar a una reducción del 34 por ciento de la mortalidad cardíaca, una reducción del 29 por ciento de la recurrencia de infartos de miocardio, y efectos positivos significativos sobre la presión arterial, el colesterol, el peso corporal, el consumo de cigarrillos, el ejercicio físico y los hábitos de alimentación. Sin embargo, ninguno de los

informes separaba los efectos de las distintas intervenciones psicosociales, como la consultoría, la educación sobre las conductas de riesgo y lo que denominaron *ensayos de manejo del estrés*.

Tal vez la evaluación más potente sobre la efectividad del manejo del estrés como condición única sea la proporcionada por Friedman, Thoresen, Gill *et al.*, (1986), que refirieron un ensayo conocido como el programa de prevención de recurrencias coronarias (*Recurrent Coronary Prevention Program*). Este programa estaba dirigido a hombres que tenían una puntuación elevada en **conducta tipo A** que habían padecido un infarto de miocardio. Se asignó a los participantes a uno de tres grupos distintos: rehabilitación cardiaca, rehabilitación cardiaca más manejo de la conducta tipo A, y un grupo de control que recibió la atención normal. El programa de rehabilitación incluía reuniones de pequeños grupos durante un periodo de cuatro años y medio, en las que los participantes recibían información sobre medicación, ejercicios y dieta, así como apoyo social del grupo. El grupo de manejo de la conducta tipo A recibió la misma información, y participó además en un programa continuado de cambio conductual que consistía en entrenamiento en técnicas cognitivas, relajación y planes de cambio conductual específicos para reducir la frecuencia de su conducta tipo A. La evidencia de la efectividad de este proceso resultó convincente. Durante los cuatro años y medio de la intervención, los individuos que participaron en el programa de gestión de la conducta tipo A corrían la mitad de riesgo de padecer un nuevo infarto que los del programa de rehabilitación tradicional, siendo las tasas totales de infarto en este periodo del 6 y el 12 por ciento en cada grupo, respectivamente. Éste sigue siendo uno de los estudios más convincentes de la eficacia del manejo del estrés sobre la supervivencia tras un infarto de miocardio (Schneiderman, Antoni y Saab, 2001), aunque es dudoso que la mayoría de los servicios de atención sanitaria pueda proporcionar una intervención a largo plazo tan cara.

El estudio de seguimiento (Friedman, Powell, Thoresen *et al.*, 1987) que se hizo con los participantes en el subgrupo de intervención durante un año más y que también incluyó los resultados de un grupo de pacientes que inicialmente se encontraban en el grupo de control y que posteriormente pasaron a participar en el programa de manejo de la conducta tipo A durante ese año mostró que este último grupo también manifestaba una intensidad significativamente menor del patrón de conducta tipo A y una reducción significativa del número de personas que padecieron un nuevo infarto y murieron en este periodo de seguimiento. Burell (1996) refirió otro estudio más de este enfoque. El Proyecto Nueva Vida trabajaba con pacientes tipo A que habían sido sometidos a una intervención de *bypass* de la arteria coronaria. Fueron asignados de manera aleatoria a un programa de manejo de la conducta tipo A consistente en 17 reuniones de grupo a lo largo de un año, o a un grupo de control que recibió la atención normal. Entre cinco y seis años y medio después de la intervención quirúrgica, el pronóstico de los pacientes que habían participado en el programa de intervención era mucho mejor que el de los del grupo de control. En este mismo periodo, una proporción significativamente mayor de los indivi-

Conducta tipo A

Una serie de características, manierismos y conductas que incluyen competitividad, urgencia temporal, impaciencia, hostilidad a flor de piel, patrones de habla rápidos y vigorosos, y una conducta expresiva. Se ha estudiado mucho en relación con la etiología de las enfermedades cardiovasculares donde parece que la hostilidad es central.

Episodio cardiaco

Término genérico para diversos puntos resultantes de una enfermedad cardiovascular, que incluyen un infarto de miocardio, angina de pecho y paro cardiaco.

duos del grupo de control había fallecido por diversas causas. Además, el grupo de intervención había padecido un número significativamente inferior de episodios cardiacos, incluyendo nuevos infartos de miocardio, nuevas intervenciones quirúrgicas y muerte cardiaca, que los individuos pertenecientes al grupo de control.

Los estudios más reducidos también han mostrado ganancias positivas tras las intervenciones de manejo del estrés dirigidas a respuestas más generales al estrés. Blumenthal, Jiang, Babyak *et al.* (1997) asignaron a los pacientes cardiacos, bien a un grupo de «atención normal», que incluía citas periódicas con un cardiólogo, bien a un programa de cuatro meses de ejercicio, bien a un programa de entrenamiento en manejo del estrés. Los individuos que participaron en el grupo de manejo del estrés tenían menos probabilidades de padecer un episodio cardiaco durante el año posterior. Resulta interesante que, a pesar del énfasis que se ha puesto en los programas de ejercicio como parte de la rehabilitación cardiaca, el riesgo de nuevos problemas cardiacos entre los pacientes del grupo de ejercicio no fue significativamente inferior al de los individuos pertenecientes al grupo de control. Appels, Bar, Lasker *et al.* (1997) utilizaron un programa de intervención más sencillo que incluía un curso de relajación y de respiración controlada para los pacientes que habían sido sometidos a una cirugía cardiaca. La intervención dio lugar a una reducción del 50 por ciento del riesgo de tener que someterse a una nueva intervención quirúrgica o de infarto en comparación con los participantes de un grupo que no recibió ningún tratamiento.

La depresión aumenta sustancialmente el riesgo de infarto o de padecer un nuevo infarto (*véase* Frasure-Smith, Lespérance y Talajic, 1995, y la discusión en el Capítulo 8). Esta relación sugiere que las intervenciones de reducción de la depresión deberían reducir el riesgo de padecer un nuevo infarto. Sin embargo, la evidencia empírica que respalda esta hipótesis sigue siendo inexistente. En uno de los primeros estudios que analizaron esta cuestión, Black *et al.* (1998) asignaron a los pacientes que habían padecido un infarto de miocardio y que experimentaban malestar psicológico significativo a, o bien la atención normal, o bien a una terapia conductual de una a siete sesiones. Los autores encontraron que el 35 por ciento de los participantes en la intervención activa fue hospitalizado con síntomas cardiacos en el año posterior, comparado con el 48 por ciento de los pacientes asignados al grupo de atención normal. Sin embargo, no queda claro si esta diferencia se debió a cambios fisiológicos o psicológicos, como una menor ansiedad por los síntomas cardiacos.

Por desgracia, la evidencia empírica proveniente del mayor ensayo sobre cualquier tipo de rehabilitación cardiaca, conocido como el estudio ENRICHD (Berkman *et al.*, 2003), sugiere que las intervenciones centradas en la depresión podrían no ser tan efectivas como pudiera sugerir este primer estudio. El estudio ENRICHD fue una gran investigación realizada en múltiples centros con 2.481 pacientes que proporcionaba una intervención que podía durar hasta un año para las personas a las que se había identificado como deprimidas inmediatamente después de su infarto de miocardio. Todos los participantes de la intervención activa recibieron dos

o tres componentes de tratamiento, dirigidos cada uno de ellos a mejorar su estado emocional:

- grupo de terapia cognitivo-conductual;
- apoyo social mejorado mediante el entrenamiento de los participantes en las habilidades sociales necesarias para desarrollar su red de apoyo social;
- medicación antidepresiva para las personas que no mostraron ninguna mejora del estado de ánimo.

Un grupo de comparación recibió la atención normal que proporcionan las instituciones en las que se desarrolló la investigación. Por desgracia, los resultados de la misma fueron decepcionantes. Aunque la intervención ENRICHD dio lugar a menores niveles de depresión que los alcanzados en la condición de atención normal, no hubo diferencias en cuanto a la supervivencia entre los dos grupos en los dos años siguientes al infarto. Estos datos han llevado a algunos a afirmar que no hay beneficios del tratamiento de la depresión de los pacientes de infarto de miocardio lo que, sin duda, parece que es lo que indican los datos. Sin embargo, el propio tamaño del estudio entrañó que los investigadores tenían un control limitado sobre las intervenciones recibidas por los pacientes en las dos condiciones del estudio. Esto significó que la atención normal recibida por algunas de las personas de la condición de control era, de hecho, muy parecida a la proporcionada por el estudio ENRICHD. Además, la asistencia a la intervención ENRICHD fue muy inferior a la óptima, ya que la mayoría de los pacientes asistió a unas 11 sesiones: un nivel de asistencia que no difería de la asistencia a las intervenciones del grupo de control. Tal vez debido a estos factores, las diferencias en los niveles de depresión entre las dos intervenciones, aunque fueron estadísticamente significativas, no fueron tan importantes, y sigue siendo posible que la intervención ENRICHD no lograra una reducción suficientemente importante de la depresión en comparación con la condición de control como para afectar a la salud de los participantes.

En el punto de mira

Quando se lee el informe del estudio ENRICHD, publicado en la prestigiosa *Journal of the American Medical Association*, resulta evidente que los lectores de esta publicación tenían una preocupación. ¿Se consigue salvar vidas al tratar la depresión? Se trata de una pregunta que ha estimulado a muchos psicólogos de la salud, así como a muchos médicos, y es muy importante. Pero, puesto que no salvó vidas, muchos psicólogos consideran que el estudio ENRICHD fue un fracaso. Pero ¿lo fue? Sí, desde un punto de vista biomédico, los resultados del estudio fueron decepcionantes. Pero ¿y desde una perspectiva más psicológica?

La depresión es una condición que puede potencialmente inhabilitar y que tiene significativas repercusiones sobre la calidad de vida y los resultados de la rehabilitación, tanto

de los pacientes como de las personas con las que se relacionan. Aunque los psicólogos deben sentirse involucrados en las cuestiones relativas al impacto que tiene la enfermedad sobre los procesos fisiológicos, también deben tener cuidado de no perder de vista otras cuestiones psicológicas y de no adoptar una postura biomédica excesiva en los temas que abordan. Los cambios en la depresión son un resultado importante por sí mismos, y no sólo un vehículo para reducir la mortalidad. Desde esta perspectiva, la intervención ENRICHD resultó una intervención cara que obtuvo unos resultados moderadamente mejores que la atención que se provee habitualmente. Como tal, constituye una rica fuente de información sobre cómo identificar y tratar la depresión de los pacientes cardíacos, con potenciales beneficios significativos para los futuros pacientes cardíacos. Debemos tener cuidado con no tirar por el desagüe al «bebé psicológico» cuando vaciamos el «agua de la bañera médica».

También se puede influir con procedimientos de manejo del estrés sobre el avance de la enfermedad en los pacientes con enfermedades de base inmunitaria. Una condición en la que se han explorado estos temas es el VIH/SIDA. Por ejemplo, Antoni, Cruess, Klimas *et al.* (2002) hicieron un seguimiento de indicadores inmunitarios en 25 varones seropositivos asignados de manera aleatoria a, o bien una intervención de 10 semanas de manejo del estrés, o a una condición de control formada por la lista de espera. Sus medidas se centraron particularmente en el impacto que tenía la intervención sobre el nivel de células CD4+ en la sangre de los participantes. Inmediatamente después de la intervención, aquellos que formaron parte de la misma tuvieron un mayor número de células CD4+ que los individuos del grupo de control, a pesar de que no había diferencias previas al tratamiento, lo que sugiere que el manejo del estrés influyó sobre los niveles de un proceso clave en la enfermedad del VIH, aquel que podría ralentizar el avance de la enfermedad y hacer que el individuo corra un menor riesgo de contraer otras infecciones oportunistas.

Un segundo conjunto de estudios ha analizado si los procedimientos de manejo del estrés pueden influir sobre los indicadores de salud de las personas con cáncer. Los resultados tras la intervención realizada por Fawzy *et al.* (1993) descrita anteriormente en este capítulo fueron impresionantes. En una serie de estudios, los autores mostraron el porcentaje de individuos en un grupo de manejo del estrés y en un grupo de control sin tratamiento que mostraban un avance de un melanoma maligno a los seis meses, a los 5-6 años y a los diez años de la intervención. En el primero de los periodos de seguimiento a largo plazo, los participantes del grupo de intervención tenían una probabilidad significativamente inferior de fallecer de cáncer que los del grupo de control, y tenían una probabilidad ligeramente mayor de tener un periodo más prolongado sin la enfermedad. En el seguimiento a diez años (Fawzy, Canada y Fawzy, 2003), se mantuvieron estos efectos diferenciales. En ese momento, 11 de 34 personas en el grupo de control habían tenido recidivas y habían fallecido por el cáncer: otros 3 habían tenido recidivas que no habían sido mortales. En el grupo de manejo del estrés, 9 de 34 habían fallecido del cáncer, y 2 habían sobrevivido a la re-

cidiva. En general, estas diferencias no eran significativamente distintas entre los grupos. Sin embargo, tras controlar estadísticamente las diferencias en la gravedad del melanoma, hubo más participantes de la intervención en manejo del estrés que sobrevivieron a los diez años tras su diagnóstico inicial que en el grupo de control. Se han identificado ganancias similares tras el entrenamiento en manejo del estrés, o en otras intervenciones parecidas, en dos grandes estudios de pacientes con cáncer gastrointestinal (Kuchler, Henne-Bruns, Rapta *et al.*, 1999) y con diversos tipos de cáncer (McCorkle, Strumpf, Nuamah *et al.*, 2000), aunque los estudios con muestras más reducidas no han encontrado diferencias. Sin embargo, Boesen, Dalton y Ross (2002) señalaron que los efectos de estas intervenciones podrían haber sido más potentes si se hubiera elegido a los pacientes de cualquiera de los estudios en función de si tenían algún tipo de malestar que se pudiera mejorar, en vez de haber sido elegidos simplemente por haber recibido un diagnóstico de cáncer.

Apoyo social

Proporcionar apoyo social de forma adicional puede influir sobre los resultados de salud. Uno de los primeros estudios sobre este tema fue publicado por Spiegel, Bloom y Yalom (1981). En un estudio que pretendía influir sobre la calidad de vida de los pacientes con cáncer, los autores asignaron de manera aleatoria a las mujeres con cáncer de mama a, o bien un programa de tratamiento activo, o bien a un grupo de control sin tratamiento. La intervención activa incluía grupos de apoyo semanales que ponían el énfasis en crear fuertes relaciones de apoyo, en expresar las emociones, en abordar directamente el miedo a morir, en mejorar las relaciones dentro de las familias, y en una participación activa en las decisiones sobre el tratamiento. Para sorpresa de los investigadores, las mujeres de este grupo vivieron una media de 18 meses más que las del grupo de control sin tratamiento, a pesar de que ambos grupos habían sido apareados en relación al estado de la enfermedad al inicio del estudio. Cuando se publicaron, estos hallazgos provocaron un gran entusiasmo en la comunidad clínica e investigadora. Por desgracia, un intento de replicar el estudio encontró sólo un éxito modesto. Gellert, Maxwell y Siegel (1984) compararon la efectividad del programa desarrollado por Spiegel con una condición de tratamiento estandarizado en una muestra apareada de pacientes con cáncer de mama. Aunque sus datos mostraron una tendencia hacia una ganancia de la supervivencia en el grupo de intervención (con una media de 11 meses: 96 frente a 85 meses), estas diferencias no eran estadísticamente significativas. También se han publicado otros resultados negativos (por ejemplo, Goodwin, Leszcz, Ennis *et al.*, 2001). Por tanto, todavía queda por demostrar de manera convincente que el aumento del apoyo social afecte a los indicadores de enfermedad de los pacientes con cáncer.

También se ha demostrado que el apoyo social es un elemento útil cuando se añade a otras intervenciones dirigidas a cambiar las conductas de riesgo. Por ejemplo, West, Edwards y Hajek (1998) informaron de los

beneficios de un «sistema de colegas» para individuos que estaban intentando dejar de fumar. Todos los que participaron en el estudio asistieron a una clínica para fumadores dirigida por una enfermera. Los fumadores en la condición de colegas fueron apareados con otro fumador que estaba intentando dejar de fumar al mismo tiempo para que se proporcionaran apoyo mutuo entre las sesiones en la clínica. El porcentaje de fumadores que seguía sin fumar al final del tratamiento fue significativamente superior en la condición de los colegas que en la condición del individuo aislado: 27 por ciento frente a 12 por ciento. Otro estudio de Digiusto y Bird (1995) asignó de forma aleatoria a los fumadores a una intervención con apoyo social o a una intervención de autocontrol. Sus resultados pusieron de relieve la necesidad de adaptar las intervenciones a las necesidades y características concretas de la población diana: el tratamiento con apoyo social resultó más efectivo para los participantes que ya tenían una elevada puntuación de orientación hacia el autocontrol en la línea base y para los participantes con una elevada puntuación en autoeficacia. Todavía está por demostrar que el incremento del apoyo social reduzca la morbilidad, pero sigue desempeñando un papel a la hora de ayudar a los individuos a cambiar de conducta.

Resumen

En este capítulo se han analizado las intervenciones psicológicas diseñadas para lograr tres metas interrelacionadas en los pacientes con graves enfermedades crónicas:

- reducir el malestar psicológico;
- mejorar el manejo de la enfermedad;
- reducir el riesgo de una enfermedad futura o de avance de la enfermedad.

En cada uno de estos casos se han empleado con éxito diversos enfoques.

Las reducciones del malestar se han logrado utilizando:

- información adecuada (incluyendo información sobre una enfermedad o sobre las estrategias de afrontamiento para minimizar la angustia y mejorar el control de la condición);
- entrenamiento en manejo del estrés cuando se está esperando el diagnóstico, durante el tratamiento y cuando se está afrontando el malestar emocional de vivir con una enfermedad a largo plazo;
- provisión de apoyo social, a menudo en forma de grupos de apoyo dirigidos por un profesional.

Las mejoras del manejo de la enfermedad se han logrado:

- ofreciendo información: sobre todo información que proporciona una estructura para lograr el control de los síntomas en vez de proveer sencillamente información sobre la condición o su tratamiento;

- entrenamiento en programas de automanejo, poniendo el énfasis, en vez de en la provisión de programas generales de «talla única para todos», en programas hechos a medida desarrollados específicamente para adecuarse a las necesidades de los participantes;
- entrenamiento en manejo del estrés para aquellas condiciones en las que el estrés esté involucrado en la etiología (por ejemplo, el síndrome del colon irritable) o pueda exacerbar los síntomas (por ejemplo, angina de pecho, diabetes);
- mejora del apoyo social y familiar;
- expresión emocional escrita.

Finalmente, hay una serie de intervenciones que pueden afectar a la salud a más largo plazo:

- Es posible que la consultoría beneficie a los pacientes cardíacos, pero los resultados del estudio M-HART han hecho que se muestre cautela en la adopción de este enfoque.
- Parece que el manejo del estrés resulta beneficioso para mejorar la salud en una serie de enfermedades, incluyendo las enfermedades cardiovasculares y el VIH/SIDA.
- El tratamiento de la depresión en los pacientes cardíacos puede afectar a su pronóstico, aunque el estudio ENRICHD sugiere que hay que tener cautela con este enfoque.
- El apoyo social puede ser beneficioso, aunque la promesa suscitada con los primeros estudios no se ha repetido en estudios posteriores.

En general, existe una evidencia empírica significativa de que las intervenciones psicológicas pueden ser de gran valor para ayudar a las personas a asumir las consecuencias emocionales de padecer una enfermedad crónica grave. También pueden ser beneficiosas para aliviar los síntomas cotidianos e incluso mejorar el pronóstico a más largo plazo en un conjunto más limitado de enfermedades.

Lecturas recomendadas

Todo el volumen de la *Journal of Consulting and Clinical Psychology* de junio de 2002 (volumen 70, parte 3) ofrece una excelente revisión de los tipos de intervención que se pueden utilizar en diversas condiciones de salud.

Berkman, L. F., Blumenthal, J., Burg, M. *et al.* (2003). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICH) randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 289: 3106-3116.

Importante investigación, aunque sea un estudio decepcionante, sin duda, desde la perspectiva de los autores.

Esterling, B. A., L'Abate, L., Murray, E. J. y Pennebaker, J. (1999). Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: mental and physical health outcomes. *Clinical Psychology Review*, 19: 79-96.

Una buena revisión de la expresión emocional escrita como medio para mejorar el estado de salud física y emocional.

Superio-Cabuslay, E., Ward, M. M. y Lorig, K. R. (1996) Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a meta-analytic comparison with nonsteroidal antiinflammatory drug treatment. *Arthritis Care and Research* 9: 292-301.

Una revisión de las intervenciones de automanejo por una de sus creadoras, Kate Lorig.

PARTE IV

En el futuro

Objetivos de aprendizaje

Al terminar este capítulo, y a partir de lo que ha aprendido en el resto del manual, el lector debería tener una idea clara sobre:

- La importancia de la evidencia empírica para llevar a cabo una práctica clínica y una atención sanitaria eficaz.
- Algunas de las áreas clave en las que la psicología de la salud ha proporcionado una fuerte base de evidencia empírica a partir de los resúmenes de:
 - las variables psicosociales que permiten predecir las conductas de riesgo y salud;
 - las variables psicosociales que permiten predecir los resultados de una enfermedad;
 - las variables psicosociales que permiten predecir la utilización de la atención sanitaria y la adhesión al tratamiento.
- Algunas de las áreas clave en las que la investigación en psicología de la salud ha aumentado la base de evidencia empírica desarrollando, aplicando o evaluando una serie de intervenciones psicosociales:
 - la comunicación y adhesión entre el profesional de la atención sanitaria y el paciente;
 - la asistencia a los chequeos sanitarios;
 - el cambio de la conducta de salud;
 - el afrontamiento de la enfermedad y la mejora de los resultados (incluyendo los de los cuidadores).
- Las áreas en las que la psicología de la salud podría hacer una contribución fructífera en el futuro.

DESCRIPCIÓN DEL CAPÍTULO

En este último capítulo recopilamos gran parte de los trabajos descritos a lo largo del manual que han analizado la pregunta de dónde se encuentra actualmente la psicología de la salud y hacia dónde se dirige en el futuro. Para ello, hemos dividido el capítulo en dos grandes apartados, que hemos denominado «Cómo llevar la evidencia empírica a la práctica» y «En el futuro». El primero se ocupa de las influencias externas sobre la profesión y disciplina de la psicología de la salud, las de los profesionales sanitarios que tienen que aplicar una «práctica basada en la evidencia empírica», implantar «líneas directrices clínicas» y evaluar

sus éxitos y fracasos. Estas expectativas abren la puerta a los psicólogos de la salud para proporcionar una fuerte evidencia empírica basada en la teoría a los profesionales sanitarios y plantea muchos temas relacionados con cuál es la mejor forma de llevar las conclusiones de la investigación a la práctica. Proporcionamos ejemplos de áreas de éxito relativo en cuanto a la aportación de evidencia empírica sobre la que se han construido intervenciones eficaces y nos centramos en concreto en el cambio de la conducta de salud y en el afrontamiento de una enfermedad crónica. Puesto que se trata del último capítulo, también introducimos cierta valoración crítica de nuestros éxitos y apuntamos a ciertas limitaciones que es necesario abordar en el futuro si los psicólogos de la salud quieren realizar una mejor la práctica.

El segundo apartado, más breve, describe la situación de la psicología de la salud como disciplina y como profesión, y afirma que, para poder avanzar, es necesario que los psicólogos de la salud tengan una mayor actividad política y se «vendan», a sí mismos y sus «bieses», más eficazmente a los responsables políticos y a los profesionales de la atención sanitaria. ¡Sólo así seremos capaces de maximizar el impacto de la base de evidencia empírica que tiene la psicología de la salud sobre la práctica actual de la atención sanitaria para beneficiar a los pacientes, familias, profesionales sanitarios y, en última instancia, a la sociedad!

Por tanto, este capítulo debería resultar beneficioso para los estudiantes que están analizando una futura carrera en este campo, tal vez trabajando en un entorno clínico, así como para aquellos que lo estudian como un tema académico y quieren aprender sobre los éxitos anteriores y su futuro potencial.

Cómo llevar la evidencia a la práctica

La efectividad clínica depende del desarrollo y disponibilidad de los servicios de salud y de su organización interna, así como de temas relativos al gobierno o política clínica, que requieren que todas las organizaciones sanitarias se esfuercen por lograr mejoras de la calidad de la atención sanitaria. En la mayoría de los países, se publican directrices clínicas que ofrecen los detalles de las normas de atención y tratamiento de enfermedades y problemas concretos (por ejemplo, British Thoracic Society, 1997) y, en el Reino Unido, el National Institute for Clinical Excellence (NICE) es responsable de definir las directrices y recomendaciones para el instituto nacional de salud británico, el National Health Service (NHS), sobre cuál es la mejor manera de aplicar una política de mejora de la atención. Por ejemplo, se han redactado directrices sobre la enfermedad pulmonar crónica, también conocida como enfermedad pulmonar obstructiva crónica (National Collaborating Centre for Chronic Conditions, 2004). MacNee (2004), al revisar las nuevas directrices de este grupo de enfermedades pulmonares, concluyó que «realmente parten de la evidencia empírica, tienen una gran amplitud y se ocupan del diagnóstico, la valoración de la gravedad y el tratamiento» (p. 361). La evidencia de la que parten estas directrices incluye una exhaustiva gama de resultados de ensayos farmacológicos o encuestas epidemiológicas (de la prevalencia de los síntomas o de las enfermedades, por ejemplo), pero puede que no tengan en cuenta factores

individuales o sociales que pueden interferir con la participación de un paciente, o su adhesión, a un programa de tratamiento basado en la evidencia empírica. Por tanto, es importante que los psicólogos de la salud divulguen ampliamente sus conclusiones, o de lo contrario persistirán las opiniones como la que expresó Weller en un comentario editorial en el *European Journal of Cancer* (2004: 314): «Hay una escasez de investigación conductual y de las ciencias sociales que permita fundamentar los enfoques para lograr estrategias preventivas, centradas en la conducta, más eficaces para abordar el cáncer y mejorar el apoyo psicosocial a los pacientes de cáncer. Los pacientes que tienen necesidades insatisfechas suelen mostrar un mayor malestar psicológico y sintomático». Las conclusiones de la psicología de la salud pueden proporcionar algunas respuestas a estas lagunas.

La evidencia de las influencias psicosociales sobre la participación en respuesta a los programas de chequeos, a los tratamientos o a otras intervenciones, o la evidencia de la eficacia de los intervenciones psicosociales no farmacológicas sobre una serie de resultados clínicos y no clínicos/psicosociales, tiene que estar ampliamente disponible y accesible para poder avanzar a partir del conocimiento biomédico existente. En este caso, un recurso útil es el de la biblioteca Cochrane, que proporciona una base de datos actualizada con periodicidad y disponible electrónicamente sobre los resultados de todos los ensayos controlados aleatoriamente de las intervenciones de atención sanitaria. Sin embargo, como señaló el eminente, y fallecido, psicólogo de la salud Richard Lazarus (2000: 667): «La falta de colaboración y comunicación entre investigadores y clínicos... es un tema conocido y doloroso para la mayoría de los psicólogos». Proseguía afirmando que «resulta descorazonador que haya tan pocos investigadores que acepten la responsabilidad de dejar clara la relevancia de su investigación al profesional práctico, y que haya tan pocos clínicos que presten atención a esta investigación incluso cuando tiene repercusiones para la práctica clínica». Aunque Lazarus estaba refiriéndose fundamentalmente a la situación en Estados Unidos, sus comentarios también reflejan la situación en Europa.

Incluso cuando existe una base de evidencia empírica totalmente fundamentada y directrices establecidas por escrito sobre las mejores prácticas, no hay ninguna garantía de que sean implantadas realmente en las profesiones sanitarias afectadas (por ejemplo, Lomas, 1991). Aunque hay cierta evidencia empírica de que las recomendaciones muy específicas, como proporcionar recordatorios a los pacientes para que asistan a sus citas para realizarse chequeos, se han adoptado con éxito (por ejemplo, Mandelblatt y Kanasky, 1995; Snell y Buck, 1996), se han identificado muchos obstáculos para implantar las líneas directrices clínicas. Por ejemplo, el informe del Centro de Revisiones y Divulgación del NHS británico, *Effective Health Care: Getting Evidence into Practice* (1999) pone de relieve lo siguiente:

- deficiencias en la comunicación de la evidencia empírica a los profesionales;

- fuentes de información y de opinión contradictorias disponibles para los profesionales (como preferencias de los pacientes, que contradicen las recomendaciones generales);
- una tendencia para particularizar las respuestas a título individual y a tomar decisiones que no siempre siguen las líneas directrices;
- dificultades para conseguir que las personas adecuadas colaboren para imponer los cambios (por ejemplo, para involucrar a un asesor de promoción de la salud en un centro de asistencia primaria para que realice cambios destinados a mejorar el abandono del consumo de tabaco);
- resistencia al cambio, que se amplifica por los niveles de estrés de los profesionales sanitarios.

Dadas estas deficiencias de gran alcance del sistema, no resulta sorprendente que se estén haciendo esfuerzos para intentar abordar esta situación.

Implantación de las directrices clínicas

«Salvo que se incorporen a la práctica la evidencia y las directrices basadas en la investigación, se desperdiciarán los esfuerzos para mejorar la calidad de la atención. La implantación de la evidencia empírica puede requerir que los profesionales sanitarios cambien patrones de conducta largamente mantenidos» (NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1999: 1). La Tabla 18.1 identifica algunos de los obstáculos específicos que es posible que haya que cambiar.

Sin embargo, el simple hecho de proporcionar información de investigación ha demostrado ser insuficiente para alterar la práctica sanitaria de un profesional individual. Hacer que se incorpore la información a las directrices publicadas no significa necesariamente que se incorporarán a una práctica modificada. Por ejemplo, Oxman, Davis, Haynes *et al.* (1995) revisaron 102 estudios de intervenciones para mejorar la atención sanitaria. Los ejemplos de los estudios revisados incluían uno que proporcionaba formación para aumentar la oferta y, así, la participación potencial en los servicios de chequeos del cáncer de mama (Snell y Buck, 1996); y otro que formaba a los médicos para aumentar su capacidad de ofrecer asesoramiento para dejar de fumar (Lancaster, Silagy, Fowler y Spiers, 1999). Oxman y sus colaboradores concluyeron que aquellas intervenciones en las que se proporcionaba información sobre lo que había que hacer, y que habían sido distribuidas de manera pasiva a los profesionales sanitarios, dieron lugar a una escasa evidencia de un cambio de conducta (es decir, la conducta de los profesionales sanitarios no sugería una implantación de éxito de las líneas directrices). Incluso las intervenciones más complejas sólo habían logrado efectos moderados sobre la conducta, por ejemplo, la formación que proporcionaba información/educación práctica además de información sobre el rendimiento de la práctica. Además, estas intervenciones multifacéticas tienden a ser más caras, lo que constituye otro obstáculo más al cambio, una barrera que tiene que ser superada por los políticos y los reponsables de la financiación.

Tabla 18.1 Obstáculos al cambio entre los profesionales sanitarios

- *Temas del entorno/la organización:* tiempo, plantilla y apoyos, financiación y costes, estrés ocupacional.
- *Capacidad de transferencia:* las herramientas de la investigación no son necesariamente herramientas clínicas viables.
- *Transferencia de información:* la deficiente comunicación de la información en la jerarquía del servicio sanitario.
- *Contenido de la información:* puede que no se considere creíble o útil para el paciente/grupo de pacientes particular.
- *Características personales del profesional:* edad, sexo, cultura y valores o normas étnicos.
- *Actitudes y creencias personales respecto a:*
 - *la conducta diana* (la propia y/o la de los pacientes);
 - *el tratamiento* (por ejemplo, actitudes hacia la terapia de reemplazo hormonal, la quimioterapia, la vacunación infantil, el aborto);
 - *hacia el problema o enfermedad* (por ejemplo, obesidad, drogodependencia, enfermedades cardíacas, SIDA, dolor crónico, síndrome de fatiga crónica).

La necesidad de una práctica fundamentada en la teoría

Este manual ha descrito un amplia cantidad de evidencia contemporánea sobre la importancia de la teoría psicológica y de los factores psicosociales para explicar la conducta de salud y de enfermedad y sus resultados. La psicología de la salud (y, de hecho, la psicología social, que constituye el origen de muchas teorías de la psicología de la salud) ha ofrecido a los profesionales de la atención sanitaria y social una amplia gama de evidencia científica derivada de la teoría de la que partir al aplicar su práctica profesional.

■ Teoría y cambio de la conducta de salud

Analice, por ejemplo, la evidencia empírica sobre el importante papel desempeñado por las diversas cogniciones sociales, definidas y descritas por los modelos psicológicos, como la teoría de la conducta planeada. Una significativa cantidad de evidencia empírica apunta al papel de las cogniciones individuales en la influencia de la conducta de salud como el la adhesión al tratamiento, la participación en programas de chequeos o de vacunación, o el abandono del hábito del tabaco, descritas en el Capítulo 5. Por ejemplo, cuando se intenta tratar problemas de salud derivados de una conducta de riesgo, como fumar, los profesionales podrían analizar las conclusiones de los estudios basados en la teoría del aprendizaje, la teoría cognitiva-social o las de los estudios que analizan más específicamente la autoeficacia.

Se ha acumulado una gran cantidad de evidencia empírica que no sólo describe las relaciones entre los factores sociales, las creencias sobre la salud y las conductas de salud, sino que también demuestra que se puede *predecir* la conducta a partir de muchos de estos factores, ya sea de forma individual o en combinación. La predicción es el primer paso hacia la

intervención. El conocimiento de los factores que influyen sobre la conducta puede proporcionar el fundamento de intervenciones individualizadas para cambiar la conducta de salud (Capítulos 6, 13 y 17) y de las intervenciones en el ámbito de la sociedad (Capítulo 7).

La enseñanza de estos modelos y de sus componentes a los profesionales sanitarios podría proporcionarles un marco de factores para explorarlos con sus pacientes; por ejemplo, pueden determinar las creencias sobre el consumo de tabaco que mantienen la conducta de fumar (como elevadas normas sociales o una escasa creencia en su autoeficacia) para determinar cuáles son los mejores enfoques a utilizar para dejar de fumar. Pero los métodos empleados para definir esas creencias tienen que ser prácticos. Por ejemplo, la implantación de la evidencia empírica extraída de la investigación en la práctica clínica requeriría que los profesionales sanitarios administraran cualquier medida, o cualquier intervención, en exactamente el mismo formato y de la misma manera que se utilizó en el estudio de investigación y, como señalamos en un apartado posterior, no siempre es posible en un entorno clínico.

■ Teoría, percepción y respuesta a los síntomas y a la enfermedad

Analice el modelo autorregulador de la enfermedad de Leventhal que describe la forma en que se interpretan y se reacciona a los síntomas (Capítulo 9), o las teorías sobre el estrés y el afrontamiento, como las desarrolladas por Lazarus, que han puesto de relieve el papel crucial desempeñado por la valoración cognitiva y las emociones en la interacción de un individuo con un entorno potencialmente estresante (Capítulo 11). Los estudios que se realizan en estos marcos teóricos han proporcionado una evidencia empírica prospectiva longitudinal de, por ejemplo, las relaciones entre los síntomas o la valoración de los sucesos, las representaciones de la enfermedad, las emociones positivas y negativas, las respuestas de afrontamiento y una amplia gama de resultados de la enfermedad, tanto para los pacientes como para sus cuidadores familiares (tal y como se describe en los Capítulos 14 y 15).

La investigación sobre el afrontamiento ha demostrado que es casi imposible afirmar de manera categórica qué es lo que constituye una respuesta de afrontamiento «buena» y qué constituye una «mala», ya que se ha demostrado consistentemente que el afrontamiento es un proceso dinámico, individual y flexible, pero existe una evidencia empírica relativamente fuerte que permite afirmar que el afrontamiento de evitación, cuando se utiliza a largo plazo, tiende a ser desadaptativo. Además, como señaló Lazarus en su influyente libro *Stress and Emotion: A New Synthesis* (1999), tanto las estrategias centradas en los problemas como las centradas en las emociones pueden funcionar bien y actuar conjuntamente para influir sobre los resultados de salud (véase el Capítulo 12). Los programas e intervenciones de formación en habilidades de afrontamiento parten de la premisa de que el afrontamiento mitiga el impacto negativo de los sucesos

estresantes, incluyendo los episodios de enfermedad, sobre los resultados adaptativos, como una mejor calidad de vida, mejor funcionamiento físico y social y menor malestar. Hemos revisado la evidencia empírica sobre estas intervenciones en el Capítulo 17, y se ofrecerán más ejemplos en un apartado posterior.

También existe evidencia empírica sobre la eficacia de la teoría del aprendizaje y las técnicas específicas del condicionamiento operante en el ámbito de la recuperación de una enfermedad o lesión, predominantemente de los estudios realizados con los pacientes de dolor (*véase* el Capítulo 16). Por ejemplo, Fordyce (1982) demostró que cuando el personal sanitario regulaba la administración de analgésicos en función de momentos preestablecidos, como cada cuatro horas, en vez de proporcionarlos a demanda en respuesta a una conducta de dolor (como que el paciente se queje o se quede tumbado en la cama), y hablaba con los pacientes independientemente de si se estaban quejando de malestar emocional o dolor, se reducía con éxito la conducta de dolor contraproducente. Un trabajo más reciente sobre la importancia del control percibido ha demostrado que los analgésicos controlados por el paciente (cuando el paciente puede activar él mismo el gotero de los analgésicos, aunque la cantidad total administrada en una sola vez, y en un periodo de tiempo fijo, por ejemplo, 24 horas, está cuidadosamente determinada y controlada) puede ayudar a reducir el malestar y los síntomas de dolor del paciente. El tratamiento con analgésicos controlados por el paciente ha sido adoptado en muchos hospitales.

Aunque una gran cantidad de investigación de la psicología de la salud se ha centrado en qué es lo que «no» hay que hacer y qué es lo que no hay que «pensar» para mejorar la salud o los resultados de la enfermedad, la investigación de la tradición de la psicología positiva en desarrollo (por ejemplo, Folkman y Moskowitz, 2000; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), ha puesto de relieve el papel de las emociones y los pensamientos positivos en el estrés, el afrontamiento y la investigación sobre la salud. No se trata sencillamente de considerar que las emociones positivas, como la esperanza o el optimismo, ofrecen irrevocablemente resultados de salud positivos, porque un optimismo o una esperanza infundados pueden resultar perjudiciales cuando los esfuerzos de afrontamiento del individuo no tienen éxito, y en algunas circunstancias la esperanza puede aumentar la ansiedad. Sin embargo, puede resultar beneficioso promover emociones más positivas, como la esperanza o el optimismo (*véase*, por ejemplo, el Capítulo 12).

■ Teoría y práctica profesional de la salud

A veces, la práctica profesional de la salud puede estar limitada por el punto de vista biomédico. Wade y Halligan (2004) señalan que los modelos biomédicos de la enfermedad se centran en exceso en la patología de la enfermedad en vez de en comprenderla, y que se ignora con relativa frecuencia el papel del individuo en su propia enfermedad, ¡con tal de que mantengan su cooperación! Si los pacientes y los profesionales sanitarios tienen distintos «modelos» de la enfermedad (*véase* el Capítulo 1) no

resulta realmente sorprendente que la comunicación entre el médico y el paciente se interrumpa de vez en cuando, y que la adhesión de los pacientes a muchos tratamientos sea inferior a la recomendada (véase el Capítulo 10).

Las teorías psicológicas en este campo sugerirían que, en vez de que los profesionales sanitarios analicen exclusivamente el carácter, estilo y contenido del material que presentan a los pacientes en un intento de lograr el «control» o fomentar el automanejo de la enfermedad de ese paciente, también deben tener en cuenta los modelos de enfermedad o las creencias sobre la salud del paciente, además de analizar sus propias actitudes y creencias. Las creencias del profesional sanitario sobre la enfermedad, sus actitudes hacia el tratamiento o hacia un paciente, y sus expectativas sobre los pacientes pueden actuar como obstáculos del cambio. Por ejemplo, la teoría de la conducta planeada y la del proceso de acción para la salud ponen de relieve el papel crucial que desempeñan las creencias de autoeficacia en el paso de la intención (comportarse de determinada manera) a la acción. Hayes y Morrison (en revisión) han concluido que las creencias de autoeficacia de los médicos en prácticas respecto a proporcionar malas noticias sobre la posibilidad de fallecer, a los pacientes y a las familias, eran reducidas y que esto, combinado con las actitudes negativas hacia la muerte y la agonía, influía sobre las actitudes del profesional sanitario en su trabajo con pacientes moribundos. La teoría cognitiva social (véase Bandura, 1986) pone de relieve la necesidad de que los individuos creen que tienen las habilidades necesarias para realizar la conducta relevante (es decir, autoeficacia; véase el Capítulo 5). Por ejemplo, existe una limitada probabilidad de que la formación en comunicación entre el paciente y el médico, o en la «información eficaz de malas noticias» (por ejemplo, Faulkner *et al.*, 1995; Faulkner, 1998; Maguire y Faulkner, 1988; Parle, Maguire y Heaven, 1997) permitirá lograr mejoras en la conducta de comunicación si el profesional sanitario no cree ser capaz de tener «empatía» con los pacientes o incluso de hablar sobre la muerte (Hayes y Morrison; en revisión).

La investigación psicológica también puede ayudar a desarrollar herramientas de evaluación psicométricamente robustas de, por ejemplo, las necesidades de los pacientes, la calidad de vida, la satisfacción con la atención y el malestar emocional, que se pueden utilizar en entornos clínicos

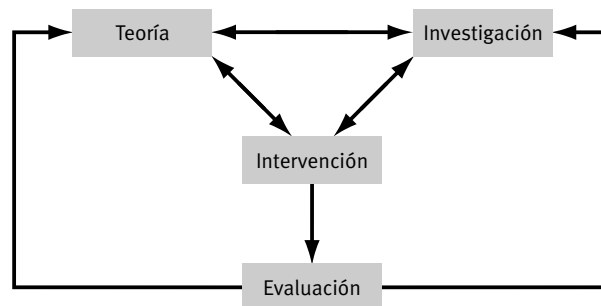


Figura 18.1 De la teoría a la práctica y, de nuevo, a la teoría.

como medio de evaluar mejor los resultados de los pacientes. Sin embargo, como se ha señalado en otras partes de este texto, una herramienta de investigación bien validada y utilizada frecuentemente no es necesariamente una buena herramienta clínica práctica.

Evidencia empírica con repercusiones para la práctica

La Tabla 18.2 presenta el marco ideal para realizar una investigación sobre las intervenciones y un seguimiento hasta su aplicación, aunque al presentar esta lista ¡no estamos afirmando que todos los estudios presentados en este manual, o en este capítulo, hayan pasado por todas estas etapas! En este texto se ha presentado un gran número de estudios, pero en este capítulo de conclusión queremos poner de relieve unas pocas áreas en las que la investigación de la psicología de la salud ha desarrollado el potencial de intervenciones y prácticas basadas en la evidencia empírica. Las opiniones pueden variar, pero hemos decidido incluir la comunicación en la atención sanitaria y la adhesión a la medicación, la participación en los chequeos sobre la salud, el cambio de la conducta de la salud, el afrontamiento y el ajuste a una enfermedad crónica (incluyendo las necesidades de los cuidadores).

Tabla 18.2 De la teoría a la intervención

- Identificación del «problema».
- Análisis de las teorías y los datos disponibles.
- Desarrollo de objetivos de la intervención y de los resultados buscados.
- Análisis de los procesos con los que se puede intervenir y asegurarse de que se evalúan.
- Diseño de la intervención con componentes de evaluación incluidos.
- Implementación de la intervención: con grupos de control sólidos.
- Evaluación de los resultados.
- Evaluación de los resultados en función de los objetivos.
- Evaluación de los resultados esperados e inesperados en cuanto a costes, repercusiones y abandonos.
- Divulgación entre aquellos para los que las conclusiones tienen repercusiones, como por ejemplo, los teóricos y los profesionales de la práctica sanitaria.

■ Comunicación y adhesión

La adhesión es una conducta difícil de cambiar, y aunque la adhesión en el pasado ha constituido frecuentemente el mejor elemento de predicción de la adhesión actual (Sherbourne, Hays, Ordway *et al.*, 1992), hay evidencia de que las comunicaciones que resultan asequibles para el paciente y que tienen en cuenta sus creencias pueden mejorar aún más la adhesión. En una revisión de los factores relevantes para la adhesión a los tratamientos entre los niños, diMatteo (2004) pone de relieve la importancia de los siguientes elementos:

- proporcionar información oral y escrita sobre el régimen de tratamiento al niño y a sus padres y comprobar que la han comprendido;

- lograr la confianza entre el profesional sanitario, el paciente infantil y sus padres mediante relaciones de apoyo y sensibles, y análisis de las perspectivas sobre las necesidades y metas del tratamiento;
- análisis de las creencias y actitudes concretas sobre las necesidades y metas del tratamiento, incluyendo las áreas de discrepancia entre el niño y sus padres, y en particular la identificación de las creencias que tiene el niño sobre la salud;
- identificación y análisis de las normas y expectativas sobre la conducta de adhesión impuestas al niño: por ejemplo, conducta de adhesión paternal y ansiedades sobre el tratamiento, normas sociales y culturales respecto a la adhesión al tratamiento;
- lograr y promover el compromiso familiar con el tratamiento y la comunicación dentro de la familia si surgen problemas con el tratamiento, proporcionando apoyo social al niño y a la familia, posiblemente a través de grupos de apoyo específicos de la enfermedad;
- colaboración para superar los obstáculos y aumentar la creencia en la capacidad para respaldar la adhesión por parte del niño (autoeficacia);
- personalización, siempre que sea posible, del tratamiento al estilo de vida de la unidad familiar.

Se trata de normas ideales para mejorar la adhesión, no sólo entre las poblaciones de niños, sino en todos los grupos de edades, ya que hay muy pocos individuos que tengan que enfrentarse aisladamente a una enfermedad; así pues, resulta crucial involucrar a las parejas y a otros familiares. Existe una consistente cantidad de evidencia empírica que demuestra que, además de la participación del paciente en la toma de decisiones de la atención sanitaria (Department of Health, 2001), la comunicación del profesional de la atención sanitaria con los pacientes es central para lograr el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias sobre el cambio de conducta o para seguir el tratamiento o los regímenes de medicación (por ejemplo, Ley, 1999). Kok y Schaalma (1998) diferencian entre seguir ciegamente las recomendaciones sanitarias (cumplimiento o adhesión) y las comunicaciones y presentación de información que otorga al paciente el poder de tomar buenas decisiones sobre el automanejo de la enfermedad. Existen folletos y otros materiales por escrito sobre muchos temas relativos a la salud, redactados con el bienintencionado propósito de aumentar los conocimientos y la comprensión sobre una enfermedad o procedimiento, en algunos casos con el objetivo adicional de incrementar la adhesión (por ejemplo, los folletos sobre la necesidad de mantener el tratamiento con antibióticos hasta el final incluso una vez que han desaparecido los síntomas). Sin embargo, la legibilidad de algunos de estos materiales no es muy buena, y puede ser frecuente un recurso excesivo a la jerga y a los tecnicismos, de aquí que se haya cuestionado su utilidad (por ejemplo, Smith, Gooding, Brown *et al.*, 1998). La información por escrito no siempre constituye el sustitutivo ideal de una conversación verbal cara a cara. Por ejemplo, Michie, Miles y Weinman (2003), en una revisión de la investigación sobre las comunicaciones sanitarias, informan de que seis de ocho

estudios de las consultas entre el médico y el paciente en las que se solicitaba y se respondía a las perspectivas y puntos de vista del paciente sobre su enfermedad y tratamiento concluyeron que había una relación positiva con la adhesión al tratamiento, aunque cuatro de estos estudios estaban limitados al ser investigaciones transversales. En cinco de siete estudios en los que en la consulta se presentaba la posibilidad de proporcionar el poder a los pacientes para que asumieran el control, o una parte activa, en su tratamiento, se encontraron relaciones positivas con la adhesión, aunque todos los estudios eran transversales.

La psicología de la salud ha contribuido en gran medida a nuestra comprensión de las percepciones legas sobre la salud, la enfermedad y el tratamiento, y de las cogniciones que pueden facilitar u obstaculizar la conducta de salud, como la adhesión (*véanse* los Capítulos 5-7, 9-10). Se puede integrar fácilmente este tipo de conocimientos en las preguntas que plantean los profesionales de la salud:

- «¿Qué tipo de obstáculos percibe usted en su vida, si es que percibe alguno, que podrían interferir con el hecho de que se tome esta medicación?» (barreras percibidas, *véase* el modelo de las creencias sobre la salud).
- «¿Hay otras personas de su entorno que quieren que deje de fumar?» (normas subjetivas, *véase* la teoría de la conducta planeada).
- «¿Hasta qué punto cree que es capaz de hacer lo necesario para cambiar de conducta?» (autoeficacia, *véase* el enfoque del proceso de acción para la salud).
- Conversaciones en torno a «¿cómo se siente sobre su enfermedad/tratamiento?» a partir de las percepciones de la enfermedad y la teoría de la autorregulación de Leventhal.
- O incluso la utilización de breves evaluaciones formales de las percepciones de la enfermedad y de las creencias sobre la medicación.

Como señala Sutton (2002), las intervenciones para cambiar las creencias existentes por otras con más probabilidades de potenciar un cambio de conducta tienen que abordar tanto *las creencias del individuo sobre la conducta* en cuestión (por ejemplo, «no estoy tan enfermo como para tener que seguir tomándome estas pastillas» a «tengo que seguir tomando estas pastillas para que no se reproduzcan los síntomas») como sus *creencias normativas* (por ejemplo, «a mi familia no le importará que no me tome las pastillas» a «mi familia estará más contenta si no padezco los síntomas porque he tomado las pastillas»). Los cambios cognitivos buscados podrían incluir:

- aumentar la evaluación positiva de los probables resultados positivos de la adhesión (por ejemplo, una mejor salud es importante);
- reducir el valor asignado a los resultados positivos improbables de la adhesión (por ejemplo, no es crucial que mejore el estado de ánimo);
- aumentar el valor positivo otorgado a los probables resultados negativos de la adhesión (por ejemplo, los efectos secundarios no durarán para siempre);

- aumentar el valor negativo otorgado a los resultados negativos que se consideran improbables (por ejemplo, si los síntomas empeoran a pesar de tomar la medicación, tengo que ir a ver al médico).

Es necesario que las creencias normativas y la motivación para cumplir con aquellos de los que se han extraído las normas de comportamiento sean positivas y, en caso contrario (por ejemplo, los amigos o los familiares promueven la no utilización de medicinas), el individuo tiene que aprender a no ser sensible a esas influencias. Por desgracia, hay pocos modelos en la psicología social o de la salud que describan *cómo* tendría que ser la intervención para intentar cambiar ese tipo de creencias. Esto ha tendido a ser el dominio de los psicólogos clínicos, que han formulado diversos tipos de intervenciones conductuales o cognitivo-conductuales y las han aplicado al cambio de conducta.

Una excepción es el estudio holandés realizado por Theunissen y sus colaboradores (por ejemplo, Theunissen, de Ridder, Bensing y Rutten, 2003) que, a partir de la teoría de la autorregulación de Leventhal, sugieren que las conversaciones entre el médico de cabecera en prácticas y sus pacientes con hipertensión podrían diseñarse de forma beneficiosa para incluir, o bien una conversación sobre las percepciones que tienen los pacientes de su enfermedad y tratamiento, o un análisis de sus planes de acción y de su autoeficacia respecto al seguimiento. En un estudio experimental que comparaba la consulta habitual con una consulta centrada en las percepciones de la enfermedad y del tratamiento, o con una consulta centrada en los planes de acción sobre la adhesión a las pautas de la medicación para la hipertensión, los dos tipos de intervención experimental influyeron sobre las percepciones del paciente, pero no lo hicieron de forma consistente en la dirección prevista. Por ejemplo, en el grupo que analizaba las percepciones de la enfermedad, aunque era menos probable que percibieran su enfermedad como un misterio y tenían menos preocupaciones sobre los efectos secundarios perniciosos de la medicación, también perdieron confianza en su capacidad para tomar la medicación siguiendo la prescripción. En el grupo que describía los planes de acción sobre la adhesión, aumentaron las preocupaciones sobre los efectos perniciosos de la medicación, y disminuyó la confianza en poder comunicar estas preocupaciones a sus médicos. Los autores concluyeron que sería preferible una intervención combinada, con conversaciones entre los médicos y sus pacientes que abordasen tanto las percepciones de la enfermedad como los planes de acción sobre la adhesión. Sin embargo, ninguno de los métodos de intervención cambió la conducta de adhesión real, posiblemente porque la muestra contenía individuos que ya mostraban una elevada adhesión, con poco margen de mejora. Es necesario investigar más sobre este tipo de intervenciones antes de que se puedan recomendar como una práctica normalizada; sin embargo, este estudio es prometedor en tanto en cuanto tiene en cuenta otro marco teórico sobre el que los profesionales de la salud podrían potencialmente basar sus comunicaciones con los pacientes.

■ Participación en los programas de chequeo e impacto de los mismos

La investigación en psicología de la salud ha explorado tanto las variables estructurales como personales que influyeron sobre la participación inicial en los programas de chequeos como los que se ofrecen para la detección precoz de cáncer. Esta investigación ha demostrado que existe una amplia variedad de factores, incluyendo el método y la fuente de la invitación a someterse al chequeo, creencias de salud y percepciones del riesgo personales, y variables demográficas como la edad y la situación socioeconómica, que pueden ser influyentes y que, como tales, son objetivos válidos para la promoción y la educación de la salud (*véanse* los Capítulos 5 y 6). Más recientemente, la identificación de las intenciones conductuales individualizadas (cuándo, dónde y cómo se realiza la conducta) ha demostrado que las sencillas solicitudes de definir una intención conductual pueden aumentar la probabilidad de que se produzca la conducta de realizarse un chequeo. Por ejemplo, Orbell y Sheeran (2002) describieron tres estudios longitudinales diseñados para aumentar la práctica de la autoexploración de mama, la participación en los chequeos del cáncer del cuello uterino, y la utilización de complementos de vitamina C en los que se manipulaba el desarrollo de una intención conductual en un cuestionario que, por lo demás, se basaba en los elementos de la teoría de la conducta planificada (*véase* el Capítulo 5). Encontraron efectos significativos de la manipulación de la intención conductual en el grupo de intervención, aumentando cada uno de los tres tipos de conducta respecto a los grupos control. Las intenciones no difirieron entre los distintos grupos cuando se midieron al inicio ni tampoco difirieron los cambios de la intención a lo largo del tiempo entre las evaluaciones de seguimiento, lo que sugería que la motivación para realizar la conducta en cuestión era similar y, por tanto, el estudio concluyó que es la formación de las intenciones conductuales la que marca una diferencia crucial sobre si se realiza la conducta o no. Estos estudios son importantes en tanto en cuanto el desarrollo de una intención conductual es una tarea muy sencilla, y sin embargo puede tener efectos significativos para trasladar las intenciones saludables a acciones de salud. No constituye un gran paso para los profesionales de la salud que pidan a sus pacientes que se propongan una intención conductual durante una consulta.

Además de centrarse en las intenciones conductuales, otros estudios han analizado las creencias relacionadas con la conducta de chequeo. Por ejemplo, tras una investigación que identificaba los determinantes del interés en los chequeos para detectar el cáncer intestinal, Williamson y Wardle (2002) desarrollaron una intervención psico-educativa basada fundamentalmente en el modelo de las creencias sobre la salud y en los componentes de la teoría de la conducta planeada, dirigida a individuos con edades comprendidas entre los 55 y los 64 años, con el objetivo de aumentar la participación en los chequeos del cáncer intestinal utilizando una sigmoidoscopia flexible. Este procedimiento consiste en introducir un sigmoidoscopio en el intestino para identificar la presencia de pólipos pre-malignos o, si la enfermedad está en una etapa más avanzada, crecimientos cancero-

sos; si existen pólipos, a menudo se pueden extirpar en ese mismo momento, haciendo que sea una técnica intrusiva pero eficaz tanto para la detección como para el tratamiento de esta enfermedad. El folleto sobre la intervención abordaba determinantes potencialmente modificables del chequeo identificados en su estudio anterior y pretendía aumentar las creencias positivas sobre la sigmoidoscopia flexible al mismo tiempo que reducía los obstáculos percibidos a someterse al chequeo (por ejemplo, considerar que la prueba es embarazosa, incómoda o una pérdida de tiempo, algo de que preocuparse o tentar a la suerte) y aumentar la sensibilización sobre los beneficios potenciales de chequeo. También se modelaron en el folleto las soluciones sobre cómo afrontar y cómo utilizar el apoyo social en el proceso de toma de decisiones sobre la participación en el chequeo, utilizando el humor y tiras cómicas de conversaciones entre una hipotética pareja y otras personas relevantes, como el médico de cabecera. La muestra estaba compuesta por 2.966 individuos que habían expresado un «probable interés» en un chequeo con sigmoidoscopia flexible, asignando de forma aleatoria a 1.453 para que recibieran el folleto (los 1.513 restantes actuaron como grupo de control, recibiendo sólo la atención habitual). Sólo el 53,7 por ciento contestó y devolvió un cuestionario incluido para obtener información demográfica, de salud, riesgo percibido del cáncer intestinal, y creencias sobre el chequeo e intención de chequeo, que se había enviado con el folleto con instrucciones para cumplimentarlo después de leerlo (*nota*: no se hizo ningún control de si se siguió esta instrucción o no). Los resultados preliminares de este ensayo concluyeron que el grupo del «folleto» mostró una mayor intención de asistir al chequeo, junto con actitudes y creencias más positivas sobre los chequeos. Es de esperar que, cuando este grupo publique las conclusiones de su seguimiento, los efectos de la intervención con el folleto se habrán mantenido en términos de que la intención se convierta en una conducta real de participación en los chequeos.

A pesar de los numerosos estudios publicados en la literatura psicológica, un Grupo de Expertos (2004) que revisó la evidencia empírica para proporcionar una estrategia para desarrollar una investigación sobre el cáncer dentro de un marco conductual y de las ciencias sociales, concluyó que: «poco se sabe de los factores sociales y conductuales que provocan la limitada participación en estos programas [de chequeos]» (p. 320). Este grupo apunta a muchas cuestiones que todavía no se han analizado, como el grado en que la falta de participación refleja una elección informada por parte del individuo frente a la existencia de obstáculos sociales o físicos a la asistencia. El grupo también comenta la falta de evidencia sistemática sobre las respuestas a los chequeos: «existe una clara necesidad de estudiar sistemáticamente las consecuencias psicológicas relacionadas con los procesos de chequeos... teniendo en cuenta la forma en que son modulados por factores sociales, culturales y educativos» (p. 322). Así pues, aunque la investigación de la psicología de la salud ha proporcionado cierta evidencia empírica sobre el papel de las influencias emocionales y socio-cognitivas de la participación y las respuestas a los chequeos, tal vez sea necesario ampliar la «audiencia» de estas conclusiones.

Sin embargo, es importante señalar que la investigación no ha proporcionado respuestas claras y consistentes a cuestiones como el incremento de la participación en los chequeos. A pesar de que hay varios estudios individuales que encuentran efectos significativos de pedir a los pacientes que definan intenciones conductuales, o planes de acción, como el de Orbell y Sheeran (2002), al que se ha hecho referencia al inicio de este apartado, o la mayoría de los estudios revisados en un meta-análisis realizado por Sheeran (2002), hay otras investigaciones más recientes que han encontrado conclusiones que ponen en duda su utilidad. Por ejemplo, Michie, Dormandy y Marteau (2004) realizaron un estudio experimental de una intervención diseñada para aumentar la participación en los chequeos prenatales entre las mujeres que habían expresado su intención de hacerlo. Se asignó a 88 mujeres embarazadas, o bien a un grupo de atención habitual, o a un grupo en el que se pidió que se redactase un plan de acción para asistir a un chequeo o solicitar una cita para el mismo. No se encontró ninguna diferencia en la asistencia posterior. En el grupo de intervención, sin embargo, sólo el 63 por ciento llegó a hacer realmente un plan de acción, y estas mujeres sí que tenían más probabilidades de asistir al chequeo (el 84 por ciento asistió) que las mujeres de este grupo que no hicieron el plan (asistió el 47 por ciento). Los autores concluyen que la evidencia sobre la eficacia de hacer planes de acción entre poblaciones clínicas es limitada. Se ha extraído una gran evidencia anterior sobre la eficacia de la realización de planes de acción de estudios con poblaciones no clínicas. Aunque el tamaño de la muestra era relativamente pequeño, este estudio pone de relieve una cuestión muy importante: para que las conclusiones de la investigación sean relevantes para la práctica clínica, es necesario que se obtengan de poblaciones clínicas.

■ Promoción de la salud y cambio de la conducta de salud

La psicología de la salud ha contribuido en gran medida a la comprensión de una amplia gama de factores que desempeñan un papel en el inicio, el mantenimiento y el abandono de una conducta perjudicial para la salud o de una conducta beneficiosa para ésta. Generalmente se han estudiado los factores socio-cognitivos y emocionales relativos al desarrollo de actividades de promoción de la salud, tanto en el ámbito individual como social, en los campos del abandono del tabaco, las prácticas sexuales con protección y los chequeos de salud. Si las intervenciones basadas en las variables de predicción identificadas tienen éxito, debería hacerse patente en una disminución a lo largo del tiempo de la incidencia y prevalencia de las conductas de riesgo o de las enfermedades relacionadas con las mismas. Todavía no hemos llegado a esta etapa, y puede que, de hecho, nunca lleguemos. Si se produjera esta reducción «ideal» de la prevalencia o incidencia de la conducta perjudicial para la salud, no implicaría que las intervenciones basadas en elementos psicológicos pasarían a ser redundantes; por ejemplo, incluso si el inicio del consumo de tabaco entre los jóvenes se estabilizara en un nivel mínimo, se podría prestar más atención a promocio-

nar el funcionamiento saludable de los mayores (dado el envejecimiento de nuestra sociedad), tal vez a través de la promoción de un cambio de dieta o regímenes de ejercicio físico. Aunque la psicología de la salud tal vez se ha centrado tradicionalmente en la prevención de enfermedades relacionadas con un elevado riesgo de mortalidad, como las enfermedades cardíacas, las tendencias demográficas exigirán cada vez más que se pase a prestar atención a enfermedades crónicas y a su morbilidad asociada en términos de incapacidad, menor funcionamiento social o menor productividad. Los costes de las enfermedades crónicas para la sociedad, en términos de asistencia médica y social, son enormes, y estos costes aumentarán a medida que crezca nuestra población mayor.

Sin embargo, entretanto, ¡sigue habiendo muchas conductas poco saludables en la sociedad como para que la investigación y la práctica de la psicología de la salud tenga mucho trabajo! Aunque muchas teorías sobre el cambio de la conducta de salud no consiguen describir cómo se pueden cambiar las creencias, actitudes o expectativas de salud, hay una o dos excepciones claras: respecto al concepto de autoeficacia, y respecto a los modelos de las etapas y procesos de cambio (como el modelo transteórico descrito en el Capítulo 5). Abordaremos brevemente cada una de estas teorías por su lado.

Bandura (1997) ha ofrecido ciertas líneas directrices que especifican cómo la «práctica guiada», que consiste en practicar e informar sobre la conducta requerida, puede mejorar las creencias individuales de autoeficacia. Un ejemplo de una intervención para mejorar la autoeficacia, realizado por Armitage y Connor (2002) en un intento de alterar la ingesta de materias grasas entre los trabajadores de un hospital, tuvo éxito con un modesto 1 por ciento de reducción de la ingesta de grasa entre aquellos que tenían una elevada ingesta (pero no entre los que la ingesta era reducida). Sin embargo, este estudio no consiguió incorporar a su intervención manualizada (un folleto) ningún elemento de *feedback* personalizado o guía para el individuo a lo largo del tiempo a medida que se iba adoptando el cambio de conducta; si lo hubiera hecho, sus efectos hubieran sido mayores (aunque la intervención hubiera sido más cara). No obstante, una reducción de la ingesta de grasa del 1 por ciento merece la pena si se tiene en cuenta el número de consumidores de mucha grasa cuya salud se beneficiaría incluso con una pequeña reducción. Esto pone de relieve la importancia de no perder de vista la «significación clínica» de las conclusiones que parecen tener una débil significación estadística.

El modelo transteórico, conocido comúnmente como el *modelo de las etapas de cambio*, fue desarrollado en 1982 por Prochaska y di Clemente. Desde entonces se ha producido una enorme cantidad de investigación que ha respaldado la existencia de un proceso de cambio por etapas, en el que las personas primero no están sensibilizadas o no se sienten preocupadas por su conducta o por la necesidad de cambiarla (pre-contempladores). Posteriormente, por alguna razón, tal vez por una campaña mediática o un temor sobre su salud, empiezan a considerar la necesidad de tener que cambiar (contempladores); algunos pasan a continuación a hacer preparativos para cambiar, y otros pasan a la acción. La acción, como un

cambio de dieta o dejar el tabaco, puede mantenerse, o no, en función de factores individuales y sociales. Las intervenciones dirigidas a promover la conducta saludable que han adoptado este modelo informan de muchos éxitos (por ejemplo, la revisión de Ashworth, 1997), aunque, como se señaló en el Capítulo 6, también ha habido algunos fracasos. Muy recientemente, se ha puesto en duda el modelo de cambio en términos de las intervenciones de actividades por etapas (Adams y White, 2005). Estos autores analizaron la evidencia empírica negativa presentada en dos artículos de revisión e intentaron aportar algunas explicaciones de por qué no se están encontrando cambios a largo plazo. Sus conclusiones, fundamentalmente la relativa a que el ejercicio físico es un tipo de conducta más compleja de lo que se suele considerar en las intervenciones, acerca de que los métodos para determinar la etapa en que se encuentra una persona no son válidos y que pueden existir otros procesos distintos a los definidos en el modelo transteórico (es decir, balance decisional, autoeficacia y procesos de cambio) que determinan los movimientos entre las etapas (por ejemplo, planes de acción, metas); también han sido sometidas a escrutinio en una serie de cinco comentarios (*véanse* las lecturas recomendadas). Son este tipo de debates los que harán que avancen la teoría, investigación y práctica de la psicología de la salud.

■ Afrontamiento de una enfermedad crónica y ajuste a la misma

A lo largo de este manual, pero sobre todo en la segunda mitad (Capítulo 9 en adelante) hemos explicado que las diferencias individuales en cuanto a pensamientos, sentimientos y conducta marcan una diferencia significativa en la respuesta de los individuos a la enfermedad, desde que sienten por primera vez un cambio físico y lo perciben como un síntoma, hasta que tienen que enfrentarse a una enfermedad terminal. Independientemente de que la investigación se haya basado en la teoría del afrontamiento del estrés de Richard Lazarus, que pone de relieve las valoraciones, o en las teorías de la autorregulación, como las de Leventhal, que ponen de relieve las percepciones de la enfermedad, se ha considerado que el afrontamiento es esencial. Los resultados de los estudios han apuntado a las relaciones entre las cogniciones o emociones individuales, el afrontamiento y los resultados de la enfermedad, aunque Coyne y Racioppo (2000: 656), en un artículo que ponía en duda que se pueda llegar a llenar jamás el vacío entre la investigación sobre el afrontamiento y la investigación sobre las intervenciones, comentan que «un somero examen de la mayor parte de los resultados de la investigación descriptiva sobre el afrontamiento revela que estos resultados tienen poca o ninguna relevancia para los temas específicos de la intervención».

Sin embargo, esta visión, tal vez excesivamente negativa, puede interpretarse a la luz de que, a pesar de lo que parece una base de evidencia empírica grande, las intervenciones como las que se describen en el Capítulo 17 no suelen incluir la formación en habilidades de afrontamiento

o elementos de formación para lograr la eficacia del afrontamiento. De Ridder y Schreurs (2001) apuntan a tres razones por las que hay una aparente falta de intervenciones basadas en el afrontamiento:

1. La base de la evidencia empírica depende en gran medida de estudios e investigaciones académicas que pueden resultar difíciles de trasladar a la práctica (por ejemplo, Coyne señala que las listas de comprobación de técnicas de afrontamiento no suelen abordar la razón por la que la gente afronta como lo hace, es decir, las metas del afrontamiento, que podrían ser unos mejores objetivos de la intervención).
2. Muchos estudios utilizan poblaciones sanas más que clínicas y, por tanto, a menudo no se pueden generalizar las conclusiones.
3. Muchos terapeutas tienen una orientación conductista, más que cognitiva, y puesto que los modelos de la psicología de la salud sobre el afrontamiento tienen un enfoque muy cognitivo, es posible que los terapeutas no se sientan suficientemente capacitados como para basar sus intervenciones en elementos cognitivos.

Sin embargo, existen intervenciones basadas en el afrontamiento que han demostrado ser eficaces para aumentar la adhesión, reducir el dolor crónico, reducir el malestar relacionado con el sometimiento a intervenciones médicas y mejorar el ajuste general para la enfermedad (véase el Capítulo 17).

Hay otras muchas intervenciones que abordan de manera indirecta el afrontamiento centrándose en las cogniciones y/o emociones que ayudan a conformar la respuesta de afrontamiento. Se pueden ver ejemplos claros de esas intervenciones en las que se centran en las percepciones de control de los pacientes. Esta implantación en la práctica de la evidencia de la investigación se puede ver mejor, tal vez, en los trabajos de Kate Lorig y su enfoque manualizado del automanejo de la artritis (por ejemplo, Lorig y Holman, 1989; Lorig, Sobel *et al.*, 1999). Aparte de la evidencia de la investigación extraída de muchos años de estudio de poblaciones artríticas, las cogniciones de los pacientes sobre el control (del dolor) y la autoeficacia destacaron como importantes para lograr resultados positivos de la enfermedad, como un menor dolor o fatiga y una mayor conducta de automanejo como el ejercicio. La intervención resultante (*Arthritis Self-Management Program: ASMP*), se implanta con grupos que son liderados por, o bien profesionales sanitarios, o monitores no profesionales que padecen ellos mismos una enfermedad o problema crónico. Los grupos disponen de un manual de automanejo, que pide al paciente individual que lea información sobre su enfermedad y sus síntomas y cómo debe manejarlos (por ejemplo, manejo del dolor, evitar los factores de desencadenamiento), y que plantea tareas, como hacer un plan de ejercicio. Esta intervención ha sido adoptada recientemente en consorcios de la atención sanitaria del Reino Unido, tras los resultados positivos de un ensayo controlado aleatoriamente del ASMP (Barlow, Turner y Wright, 2000; Barlow, Wright, Sheasby *et al.*, 2002). Aunque esta investigación ha sido realizada con una población específica (dolor por artritis), se espera que resulte posible desa-

rollar una intervención «central» que se pueda proporcionar a grupos de distintos pacientes. En otras palabras, lo que empezó siendo una intervención para un grupo concreto de pacientes que experimentaba problemas específicos de su enfermedad podría convertirse en una intervención genérica que se podría utilizar de forma adecuada y aceptable en muchas poblaciones de pacientes. Evidentemente, este enfoque genérico tendría que tener en cuenta muchos factores, incluyendo la influencia de factores demográficos como la edad. Por ejemplo, ¿tiene un paciente de cáncer de 30 años la misma experiencia de la enfermedad y de sus consecuencias que un paciente de 80 años? ¿Y son iguales sus necesidades en cuanto a lo que permitiría reducir su malestar?

En el campo de las percepciones de la enfermedad, las respuestas de afrontamiento y los resultados de la enfermedad, se ha generado una gran cantidad de evidencia empírica a lo largo de los últimos años (por ejemplo, Scharloo *et al.*, 1998; y véase también el Capítulo 9), pero los investigadores apenas han empezado a utilizar estas conclusiones para desarrollar intervenciones. Un ejemplo es el de Petrie, Cameron, Ellis, Buick y Weinman (2002), en el que se realizó una intervención basada en la teoría de la autorregulación de Leventhal y en el desarrollo de percepciones de la enfermedad en una muestra de 65 pacientes de un ataque al corazón que se asignaron de manera aleatoria a la recepción de la intervención o a la atención habitual (grupo control). Las conclusiones de este estudio fueron positivas; por ejemplo, los que recibieron la intervención basada en las percepciones de la enfermedad tuvieron:

- más percepciones positivas de las consecuencias de su ataque al corazón;
- mayor creencia de control de sus síntomas;
- mayor preparación para salir del hospital;
- volvieron al trabajo antes;
- una menor tasa de síntomas de angina de pecho que los participantes del grupo de control.

Sin embargo, es necesario evitar extraer demasiadas conclusiones de este pequeño ensayo porque, en cualquier campo de investigación es necesario que las conclusiones iniciales puedan ser replicadas en un ensayo de mayor magnitud. Además, resulta difícil concluir cuáles son las facetas de la intervención que fueron más eficaces puesto que la intervención incluía componentes que no sólo abordaban el cambio de las representaciones de la enfermedad. Por ejemplo, la intervención también contenía elementos de apoyo social y promovía que se definieran planes de acción. Además, no se compararon los efectos de la intervención con ninguna otra intervención alternativa. Sin embargo, la intervención de Petrie *et al.* es una sencilla intervención en un hospital y, por tanto, tal vez no haya una alternativa evidente con la que compararla. Aunque, no obstante, las conclusiones de este estudio resultan alentadoras, la «base de evidencia empírica» sobre la que desarrollar más intervenciones en esta enfermedad, o en otras, basadas únicamente en la atención a las representaciones de la enfermedad, sigue siendo limitada.

Como última crítica a este enfoque, el modelo de las representaciones de la enfermedad pone un gran énfasis en las cogniciones y, aunque hay indicios de que se está desarrollando el componente de la representación emocional (*véase* el Capítulo 9), también es necesario abordar los factores contextuales relevantes para la experiencia de la salud, la enfermedad y la atención sanitaria a fin de tener una visión más general de las influencia sobre los resultados de salud.

Necesidades de los cuidadores

McPherson, McNaughton y Pentland (2000) observan que no sólo se necesitan líneas directrices para los profesionales respecto a la atención del paciente y los resultados del paciente, para que puedan implantar la mejor atención, sino también respecto a los cuidadores. Describen un estudio de los cuidadores de personas con una lesión cerebral traumática, que tenían una gran necesidad de información tras darse de alta al «paciente» y dejarlo en sus manos. Las necesidades de información eran independientes de la gravedad de la lesión cerebral o del grado de incapacitación funcional, y sugerían que se necesita establecer directrices para los profesionales con objeto de que puedan ser capaces de proporcionar la amplia gama de información que necesitan los cuidadores. En el mismo sentido, Zinovieff, Morrison, Coles *et al.* (2005) han realizado un estudio de las necesidades de los pacientes de cáncer y de sus cuidadores y han concluido que las necesidades van, desde una necesidad general tanto entre los pacientes como entre los cuidadores, de información sobre la enfermedad y los tratamientos asociados, hasta necesidades específicas, como el poder hablar con alguien sobre problemas sexuales, o sobre fuentes de ayuda financiera para hacer modificaciones en el hogar.

En el Capítulo 15 describimos cómo puede afectar la enfermedad a los familiares de forma muy parecida a cómo afecta a los que la padecen. La tensión, malestar, carga y menor calidad de vida del cuidador son perjudiciales, no sólo para el cuidador, sino también para la persona de la que cuida. Las intervenciones están teniendo en cuenta cada vez más que el bienestar del cuidador es importante. Visser-Meily, van Heugten, Post *et al.* (2005), tras una revisión de la eficacia de las intervenciones dirigidas a los cuidadores de pacientes de infarto cerebral, concluyeron que, de los cuatro tipos de intervención identificados (facilitación de servicios de especialista, como asistentes sociales de apoyo familiar, (psico-educación, asesoramiento y apoyo de iguales), las intervenciones basadas en el asesoramiento que examinaban las estrategias de resolución de problemas o de afrontamiento, y la definición de metas, parecían ser las más eficaces. También señalaron que muchos de los 22 estudios identificados y revisados tenían como principal meta el resultado para el paciente y que no se abordaban ni evaluaban suficientemente los problemas experimentados por los cuidadores ni las necesidades que planteaban esos problemas. Se trata de un campo de la investigación y la intervención que necesita claramente más inversión.

Enfoque de intervención individual y enfoque de intervención grupal

La puesta en práctica de algunas de estas conclusiones de las investigaciones basadas en la teoría presentan un reto para los profesionales de la salud y no hay una respuesta definitiva a muchas preguntas psicológicas. Por ejemplo, los profesionales de la salud no pueden intentar transformar sencillamente a las personas que tienen un afrontamiento centrado en las emociones en personas con un afrontamiento centrado en los problemas, o transformar a los pesimistas en optimistas como medio de mejorar la adhesión o el ajuste a la enfermedad. Por el contrario, los profesionales de la salud tienen que trabajar en el ámbito del individuo para explorar las valoraciones de los sucesos, las expectativas y las funciones del afrontamiento de ese individuo en ese momento, y además tienen que identificar las creencias y emociones subyacentes a las valoraciones y a las respuestas de afrontamiento. Por tanto, cualquier intervención tiene que tener múltiples facetas, como se ha ilustrado en los numerosos ejemplos de las intervenciones eficaces descritas en los Capítulos 6, 7, 13 y 17. Las directrices clínicas suelen adoptar el escenario de «grupos», mientras que los psicólogos tienden a poner el énfasis en la necesidad de abordar al individuo y su conjunto exclusivo de características y circunstancias. Sin embargo, este enfoque individualizado puede resultar caro en cuanto a tiempo, esfuerzo y conjunto de servicios que se pueden identificar como necesarios.

En el futuro

Durante los últimos 25 años, más o menos, la psicología de la salud ha crecido rápidamente en muchos centros académicos de Europa (incluyendo el Reino Unido), Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda y actualmente se enseña esta materia a la mayoría de los estudiantes universitarios de psicología. Cada vez más la psicología de la salud ha pasado a ser una materia central de los planes de estudio de los profesionales sanitarios; por ejemplo, uno de los autores (Morrison) impartió la docencia de la psicología de la salud desde principios hasta mediados de la década de 1990 a futuras enfermeras, dietista, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, terapeutas del habla y el lenguaje, podólogos y estudiantes de medicina. Aunque para la mayoría de las profesiones relacionadas (fundamentalmente los terapeutas), el empleo de un enfoque biopsicosocial de la salud y la enfermedad no resultaba totalmente desconocido, la enseñanza de la psicología de la salud a los estudiantes de medicina con una orientación biomédica fue, por momentos, ¡todo un reto! Sin embargo, en los últimos diez años las cosas han cambiado y se ha admitido un enfoque más holístico de la salud, la enfermedad y la atención sanitaria como un enfoque que ofrece muchas nuevas y útiles perspectivas sobre los procesos y resultados del paciente.

A medida que la psicología de la salud crece en popularidad entre los estudiantes universitarios que quieren desarrollarse profesionalmente en un

campo aplicado pero prefieren los temas de la «salud física» a la mayor orientación hacia la salud mental de los psicólogos clínicos, ha surgido la necesidad de ofrecer cursos de formación a nivel de posgrado. Los distintos países tienen sus propios programas de formación, por lo que le remitimos al sitio web para obtener más detalles sobre algunas de estas oportunidades. En la actualidad, muchos psicólogos de la salud también tienen una cualificación clínica, que habían obtenido antes de que emergiera la psicología de la salud como disciplina. Algunos siguen optando por la vía de la psicología clínica porque se percibe como una vía que tienen una estructura profesional más claramente definida y mejor pagada que la investigación académica o la docencia y, de todas formas, el psicólogo clínico puede, tras obtener su titulación, elegir especializarse en el campo de la «psicología de la salud». Sin embargo, las cosas están cambiando, y es importante que los aspirantes a psicólogos de la salud consulten regularmente al organismo profesional relevante de su país para mantenerse informados sobre los avances de la profesión (por ejemplo, la British Psychological Society certifica cursos de máster para posgraduados para que logren la certificación como psicólogo de la salud certificado). Sin embargo, en el momento de escribir estas líneas, se anuncian muchos puestos de trabajo que reconocen la proveniencia clínica de los individuos interesados en la psicología de la salud y utilizan la expresión «psicólogo de la salud clínico» para describir a un individuo con una cualificación clínica que también ha estudiado las teorías y métodos de la psicología de la salud y cómo se aplican en un entorno clínico.

Existen en toda Europa centros de excelencia particulares tanto de investigación como de docencia, de licenciatura y de posgrado, en el Reino Unido, Holanda, Alemania, España, Francia, Suecia y Finlandia; en Bulgaria la psicología de la salud se aborda dentro de los departamentos de psicología social y aplicada, con un énfasis particular en la investigación sobre el estrés; y en otros países se estudia la psicología de la salud dentro de cursos que se describen mejor como cursos con una orientación de medicina conductual. En algunos países, los que realizan el «trabajo» de los «psicólogos de la salud» no se describen siempre así. Por ejemplo, en Suecia, se introdujo en 1989 a los «psicólogos de distrito» en los centros de atención primaria, con la responsabilidad de la salud psicológica; el continuo desarrollo de este papel debería dar lugar a que los psicólogos sean considerados como homólogos de los médicos de cabecera.

Aparte de enseñar y formar a los estudiantes de psicología para que se conviertan en «psicólogos de la salud», la divulgación de la psicología de la salud a otras profesiones, la mayoría pertenecientes a la profesión médica, tiene una importancia primordial.

Psicología de la salud y formación universitaria en medicina

Las recomendaciones del General Medical Council para los médicos de mañana (*Tomorrow's Doctors*; General Medical Council, 2002) aplicaban el informe *Involving Patients and the Public in Healthcare* del Department

of Health (2001c), donde se hacía una clara defensa de un sistema de atención sanitaria que trae a los pacientes de «afuera» adentro, intentando identificar sus opiniones y responder a ellas. Si se va a animar a los pacientes, mediante servicios de relaciones con el paciente, o foros de los pacientes, a que expresen sus opiniones, necesidades y preocupaciones, es necesario que los profesionales sanitarios sean capaces de animar, escuchar, tener empatía y reaccionar de forma adecuada siempre que sea posible. Las habilidades de comunicación que permiten el desarrollo y mantenimiento de buenas relaciones con los pacientes y sus cuidadores (por ejemplo, Maguire y Pitceathly, 2002), han sido definidas como un requisito central de la formación médica universitaria y de la posterior práctica médica. Junto con estas habilidades, *Tomorrow's Doctors* afirma que los licenciados universitarios deberían «conocer, comprender y ser capaces de aplicar e integrar las ciencias sociales y conductuales clínicas básicas en que se basa la práctica médica» (p. 4). Resulta crucial, ya que pone de relieve un cambio de la visión biomédica de la medicina, es decir, identificación y tratamiento de los síntomas (véase el Capítulo 1) a una que pone la salud y la enfermedad en un contexto social más amplio y reconoce la variabilidad humana en respuesta a la enfermedad y a la atención sanitaria. Es necesario tener en cuenta la visión y las creencias del paciente.

Los psicólogos de la salud académicos están siendo empleados cada vez más como docentes en facultades de medicina, donde imparten docencia en ciencias conductuales centrales para nuestros futuros médicos. La psicología de la salud también es un componente clave de la asistencia técnico-sanitaria (enfermería) y de la educación profesional terapéutica. Es una disciplina que ha pasado de definir teorías y ponerlas a prueba a aplicarlas (intervención y evaluación), y se enseña frecuentemente a los estudiantes de las profesiones sanitarias, así como a estudiantes de psicología y de ciencias sociales. Así, la psicología de la salud está en buena situación para influir en la práctica futura de los profesionales sanitarios en las materias relativas a las respuestas a la enfermedad y a la atención sanitaria, y sobre las influencias de la conducta de protección y mejora de la salud. Sin embargo, sigue habiendo margen de mejora, como se resume a continuación.

Cuestiones relativas al futuro

■ **Cómo lograr la significación estadística en la investigación de la psicología de la salud clínicamente significativa**

Sterne y Davey-Smith (2001) presentan un fuerte argumento sobre por qué son limitativas las pruebas de la significación estadística, utilizando tradicionalmente la convención de $p < 0,05$ para rechazar la hipótesis nula (es decir, que no existe ninguna diferencia o relación entre las variables analizadas que no pueda existir por la mera suerte), en parte porque la interpretación de los valores de la p es subjetiva, y en parte porque muchas hipótesis nulas carecen, de hecho, de sentido. En otras palabras, la definición de una hipótesis nula que simplemente afirma que no habrá ningún

efecto en términos de relaciones entre las variables examinadas, o en términos de diferencias entre los grupos examinados, o en términos de diferencias entre un grupo de intervención y un grupo de control, enmarca la investigación de forma que se puedan realizar análisis que, es de esperar, nos permitirán rechazar las hipótesis nulas, en vez de simplemente confirmar una hipótesis. Clark-Carter (2003) afirma que se debe a que nadie puede llegar a afirmar jamás que ha logrado suficiente evidencia empírica como para afirmar que algo es «verdadero», mientras que sí que podemos decir que hemos demostrado que es improbable que algo sea verdadero si no encontramos ninguna evidencia de ello. Existe una creciente exigencia (por ejemplo, tanto de la American Psychological Association como de la British Psychological Society) para que los que publican conclusiones científicas muestren el «tamaño del efecto» en sus datos. Este debate estadístico queda bien descrito en un número especial de *The Psychologist* (diciembre de 2003), cuya lectura se recomienda para aquellos lectores que quieran realizar una investigación independiente. La repercusión general de este debate es que es necesario que la investigación evite interpretar valores significativos de la p como significativos desde el punto de vista clínico, o interpretar valores no significativos de la p como valores que no tienen significación clínica, ya que no siempre es así cuando se trabaja en el ámbito del individuo.

■ La necesidad de que los psicólogos de la salud se involucren políticamente

Para que los psicólogos de la salud puedan llevar la evidencia de sus investigaciones a la práctica, es necesario que realicen una tarea adecuada de divulgación entre los profesionales de la atención sanitaria y, en un mundo mejor, entre los responsables políticos. Disfrutar de un mayor «estatus» profesional, como implica el ejemplo británico del reconocimiento de profesional de la etapa 2, por ejemplo, y la creciente presencia de «profesionales» de la psicología de la salud en entornos sanitarios permitirá avanzar para que se «oiga» la voz de la psicología de la salud. Sin embargo, existe cierta preocupación porque los psicólogos se muestran reacios a utilizar su cuidadosamente recopilada evidencia empírica para proporcionar «directrices» para la práctica. Johnson (1999) sugiere que esta renuencia se debe, en parte, a la formación del psicólogo para que sea consciente de forma crítica de las limitaciones de sus conocimientos; por ejemplo, normalmente animamos a nuestros alumnos a que sean cada vez más críticos con su reflexión y su interpretación sobre las metodologías de la investigación y la evidencia proveniente de la misma. Johnson concluye: «A veces pienso que pasamos más tiempo criticándonos los unos a los otros que promoviendo nuestros logros. Entretanto, hay otros profesionales sanitarios que están muy dispuestos a redactar líneas directrices prácticas e identificar normas de atención en campos en los que la psicología tiene una mayor pericia» (p. 330). Para «vender» nuestras conclusiones a los profesionales y responsables políticos, tenemos que tener confianza, tanto en nuestras conclusiones como en nosotros mismos.

Además de aprender a «vender» mejor nuestras conclusiones de la investigación de la psicología de la salud a las profesiones sanitarias y a los responsables políticos, Murray y Campbell (2003) afirman que los psicólogos de la salud también tienen que actuar de forma más eficaz en el ámbito sociopolítico. Para ello, afirman, la psicología de la salud tiene que ampliar sus enfoques para incluir aspectos socioculturales, económicos y políticos de la salud y la atención sanitaria. (Este manual ha reconocido esta necesidad en todo un capítulo que abordaba las desigualdades sociales de la salud, y se han integrado en otras partes del texto otras muchas críticas a la corriente principal de la psicología de la salud realizadas por psicólogos de la salud críticos.) La percepción de la psicología y, por defecto, de la psicología de la salud, es que desarrollamos y probamos nuestras teorías y métodos en el ámbito individual. Esta estrechez tradicional de nuestro enfoque tal vez ha reducido, según Murray y Campbell, la eficacia de las estrategias para mejorar la salud a gran escala (como reducir la infección de VIH en el África subsahariana o promover dietas más sanas en Occidente), porque se ignoran los aspectos salientes del entorno político y socioeconómico, micro y macro, que actúan en el mantenimiento de las desigualdades de la salud. Murray y Campbell proponen que la psicología de la salud tiene que hacer cierta reflexión para poder avanzar de una forma más realista y operativa. Schwarz y Carpenter (1999, citado en Davey-Smith, Ebrahim y Frankel, 2001), señalan que centrarse en los aspectos determinantes de la salud a nivel del individuo, en vez de en los determinantes macro (como los niveles de renta o pobreza), lleva a intervenciones individualizadas que no consiguen abordar la cuestión, o la solución, de forma adecuada.

De nuevo, respecto a la cuestión sobre el individuo o el grupo, merece la pena señalar que la mayoría de los resultados de los estudios de las intervenciones se resume en términos de efectos en el grupo, y se suelen extraer conclusiones que afirman que la «intervención fue eficaz». Sin embargo, los éxitos en el grupo ensombrecen a los individuos para quienes la intervención no funcionó. Es necesario que la investigación psicológica aborde con más detenimiento las cuestiones relativas a los procesos para, por ejemplo, explorar subgrupos en los que las intervenciones son más o menos eficaces, y para examinar los abandonos y las razones del abandono. Al hacerlo así, es posible que los investigadores estén mejor situados respecto a formular lo que podría ser una intervención mejor personalizada para algunos individuos (un enfoque «pragmático»; por ejemplo, Pockock, 1983, citado en Richardson, 2000).

■ La necesidad de seguir siendo positivos

Aunque este manual ha destacado muchos de los retos que tiene que superar nuestra disciplina (como la falta de claridad en la definición, la elección de las técnicas y herramientas de evaluación, la inclusión y consideración de las influencias socioculturales sobre la salud y la enfermedad), se han puesto de relieve las múltiples áreas en las que se puede considerar que la psicología de la salud ha contribuido significativamente a su

comprensión (por ejemplo, conductas saludables y cambio de conducta, estrés y afrontamiento, procesos de la enfermedad y resultados, intervenciones psicosociales). Hay muchos avances que nos permiten mostrarnos optimistas, aunque no complacientes, como han demostrado algunas de las revisiones a las que se ha hecho referencia en este capítulo. Por ejemplo, ¿funcionan las intenciones conductuales en muestras clínicas? ¿Funcionan a largo plazo las intervenciones de actuaciones por etapas? ¿Hay un cambio real en el afrontamiento? Además de las oportunidades de mejora que surgen de nuestra revisión crítica, los desarrollos en el campo de la «psicología positiva» (véase Seligman y Csikszentmihalyi, 2000) acarrean muchas más oportunidades para que la psicología de la salud fortalezca su base de evidencia. La investigación en la tradición de la «psicología positiva» ha demostrado que en muchas situaciones potencialmente negativas se obtienen cosas positivas (por ejemplo, un amor reafirmado, o el descubrimiento de puntos fuertes personales desconocidos, que se logran al pasar a desempeñar un papel de cónyuge cuidador), y que el afecto positivo y el encontrar un «significado» en situaciones estresantes puede ser adaptativo (por ejemplo, Folkman y Moscovitz, 2000). El supuesto de que determinados factores estresantes (por ejemplo, una enfermedad, cuidar de un enfermo) provocan inevitablemente un afecto y una cognición negativos, y que hay que reducirlos para poder mejorar el resultado, subyace a muchas intervenciones psicosociales para mejorar el ajuste o el cambio de conducta. Por el contrario, la psicología positiva promueve una reflexión para pasar a centrarse en el afecto positivo (sobre todo en el que es coherente con la situación actual del individuo), como la esperanza o el optimismo en una situación en la que las metas son alcanzables, o el humor o una revaloración positiva cuando no es tan fácil alcanzar las metas. Además, en el área de la salud preventiva, la investigación de la psicología de la salud ha identificado factores «protectores» de la salud, así como factores de riesgo de la morbilidad. Por ejemplo, piense en la investigación que respalda las relaciones positivas entre el apoyo social, o el optimismo, y un ajuste positivo ante eventos estresantes. Estas conclusiones proporcionan oportunidades de intervenciones que son algo distintas en su énfasis de las que se ofrecen por las conclusiones de relaciones negativas entre la hostilidad, las respuestas de estrés y las enfermedades cardiovasculares. No debemos caer en la trampa de suponer que sólo podemos dar consejos sobre «lo que no hay que hacer».

La psicología de la salud no se va a quedar quieta. Es probable que su contribución a la salud de la sociedad crezca a medida que nuestra base de conocimientos y nuestra confianza crecen, y a medida que los organismos externos aumentan su confianza sobre el importante papel que pueden desempeñar los psicólogos de la salud. Anualmente se actualizarán y destacarán los nuevos desarrollos de la profesión y de la práctica académica de esta disciplina en el sitio web de este manual: www.pearsoned.co.uk/morrison

Resumen

En este último capítulo se ha intentado aunar una gran parte de los trabajos descritos en este manual y ofrecer al lector una imagen de la forma en que la investigación de la psicología de la salud puede contribuir a la práctica de la salud. Aunque la psicología de la salud es una disciplina liderada por la teoría, se aplican sus metas, y hemos intentado en este capítulo dejar patentes las relaciones entre la teoría y la práctica. Además de describir muchos de los que podríamos denominar «éxitos», también hemos presentado pruebas de las limitaciones de nuestro trabajo a fecha de hoy. La valoración crítica de «dónde nos encontramos ahora» permitirá que avancen la disciplina y la práctica de forma eficaz, y hemos destacado algunas de las tareas que se beneficiarían de un mayor desarrollo. Finalmente, para reiterar lo que se dijo al inicio de este capítulo, es necesario que los psicólogos de la salud se involucren más políticamente y se «vendan», ellos mismos y sus «bienes», de forma más eficaz a los responsables políticos y a los profesionales sanitarios. Al hacerlo, esperamos maximizar el impacto de la psicología de la salud como disciplina más que de la psicología de la salud como práctica. Nuestro último objetivo debería ser el de fortalecer las relaciones entre la psicología de la salud y la práctica profesional sanitaria para beneficiar a todos nosotros que, en algún momento de nuestras vidas, acudiremos al sistema de atención sanitaria.

Lecturas recomendadas

Adams, J. y White, M. (2005). Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Education Research*, 20: 237-243.

Brug, J., Conner, M., Harre, N., Kremers, S., McKellar, S. y Whitelaw, S. (2005). The transtheoretical model and stages of a change: a critique. Observations by five commentators on the paper by Adams, J. y White, M. Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Education Research*, 20: 244-258.

Estos dos artículos (o conjunto de artículos en el segundo caso) son una lectura esencial para cualquiera que esté interesado en las intervenciones por etapas. El primer artículo pone en duda el valor de estas intervenciones, y la segunda selección de comentarios vuelve a revisar la evidencia y analiza si este tipo de intervenciones tiene futuro o no.

De Ridder, D. y Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*, 21: 205-240.

Una clara visión general, con buenos recursos, de las metas de las intervenciones basadas en el afrontamiento, y una revisión de 35 estudios de intervención. Los autores analizan los puntos fuertes, las debilidades y el

potencial de las intervenciones futuras en poblaciones crónicamente enfermas.

Rutter, D. y Quine, L. (2002). *Changing Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.

Este manual, bien redactado, pone de relieve muchas de las tareas de intervención en las que los psicólogos sociales y de la salud están en la vanguardia. En los capítulos se describen intervenciones basadas en teorías específicas, incluyendo las dirigidas a prácticas de sexo con protección, abandono del tabaco, menor ingesta de grasa, participación en chequeos del cáncer colorrectal o de útero, utilización de cascos para ciclistas entre los niños en edad escolar y la seguridad de los peatones. También contiene un útil capítulo de Steve Sutton que plantea algunas de las dificultades para llevar las conclusiones de la investigación a intervenciones eficaces.

Referencias

- Abbott, S. (1988). Talking about AIDS. Report for AIDS Action Council, Canberra. *National Bulletin*, August, 24-7.
- Abraham, C., Krahé, B., Dominic, R. and Fritsche, I. (2002). Do health promotion messages target cognitive and behavioural correlates of condom use? A content analysis of safer sex promotion leaflets in two countries. *British Journal of Health Psychology*, 7: 227-46.
- Abraham, S. C. S., Sheeran, P., Abrams, D. and Spears, R. (1996). Health beliefs and teenage condom use: a prospective study. *Psychology and Health*, 11: 641-55.
- Abramsky, L. and Fletcher, O. (2002). Interpreting information: what is said, what is heard – a questionnaire study of health professionals and members of the public. *Prenatal Diagnosis* 22: 1188-94.
- Absetz, P., Aro, A. R. and Sutton, S. R. (2003). Experience with breast cancer, pre-screening perceived susceptibility and the psychological impact of screening. *Psycho-Oncology*, 12: 305-18.
- Achat, H., Kawachi, I., Byrne, C., Hankinson, S. and Colditz, G. A. (2000). Prospective study of job strain and risk of breast cancer. *International Journal of Epidemiology*, 29: 622-8.
- Acheson, D. (1998). *Independent Inquiry into Inequalities in Health*. Report. London: HMSO.
- Adams, J. and White, M. (2005). Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Education Research*, 20: 237-43.
- Ader, R. and Cohen, N. (1993). Psychoneuroimmunology: conditioning and stress. *Annual Review of Psychology*, 44: 53-85.
- Ader, R. (2001). Psychoneuroimmunology. *Current Directions in Psychological Science*, 10: 94-8.
- Adler, N. E. and Matthews, K. A. (1994). Health psychology: why do some people get sick and some stay well? *Annual Review of Psychology*, 45: 229-59.
- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S. and Levine, S. (1987). Causal attributions, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: an 8-year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 29-35.
- Agency for Health Care Policy and Research (1992). *Acute Pain Management, Clinical Practice Guideline*. Silver Spring, Md: AHCPR.
- Ager, A., Carr, S., Maclachlan, M. and Kaneka-Chilongo, B. (1996). Perceptions of tropical health risks in Mponda, Malawi: attributions of cause, suggested means of risk reduction and preferred treatment. *Psychology and Health*, 12: 23-31.
- Agostinelli, G. and Grube, J. W. (2002). Alcohol counter-advertising and the media. A review of recent research. *Alcohol Research and Health*, 26: 15-21.
- Aikens, J. E., Kiolbasa, T. A. and Sobel, R. (1997). Psychological predictors of glycemic change with relaxation training in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66: 302-6.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. In J. Kuhl and J. Beckman (eds.), *Action-control: From Cognition to Behavior*. Heidelberg: Springer Verlag.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50: 179-211.
- Ajzen, I. and Fishbein, M. (1970). The prediction of behavior from attitudinal and normative beliefs.

- Journal of Personality and Social Psychology*, 6: 466-87.
- Ajzen, I. and Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: attitudes, intentions, and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology*, 22: 453-74.
- Alaranta, H., Rytokoski, U., Rissanen, A., Talo, S., Ronnema, T., Puukka, P., Karppi, S. L., Videman, T., Kallio, V. and Slati, P. (1994). Intensive physical and psychosocial training program for patients with chronic low back pain. *Spine*, 19: 1339-49.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Application*. New York: W. W. Norton.
- Alexander, D. A. and Walker, L. G. (1994). A study of methods used by Scottish police officers to cope with work-induced stress. *Stress Medicine*, 10: 131-8.
- Alexander, R. E. (2000). Readability of published dental educational materials. *Journal of the American Dental Association*, 131: 937-42.
- Alfredsson, L., Spetz, C.-L. and Theorell, T. (1985). Type of occupational and near-future hospitalization for myocardial infarction and some other diagnoses. *International Journal of Epidemiology*, 4: 378-88.
- Allen, J. D., Stoddard, A. M., Mays, J. and Sorensen, G. (2001). Promoting breast and cervical cancer screening at the workplace: results from the Woman to Woman study. *American Journal of Public Health*, 91: 584-90.
- Allen, J. K., Scott, L. B., Stewart, K. J. and Young, D. R. (2004). Disparities in women's referral to and enrollment in outpatient cardiac rehabilitation. *Journal of General Internal Medicine*, 19: 747-53.
- Allied Dunbar National Fitness Survey (1992). *A Report on Activity Patterns and Fitness Levels*. London: Sports Council and Health Education Authority.
- Allport, G. W. (1920). The influence of the group upon association and thought. *Journal of Experimental Psychology*, 3: 159-82.
- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (ed.), *Handbook of Social Psychology*, Worcester, Mass.: Clark University Press.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and Growth in Personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Allport, G. W. (1966). Traits revisited. *American Psychologist*, 21: 1-10.
- Aloise-Young, P. A., Hennigan, K. M. and Graham, J. W. (1996). Role of self-image and smoker stereotype in smoking onset during early adolescence: a longitudinal study. *Health Psychology*, 15: 494-7.
- Amelang, M. and Schmidt-Rathjens, C. (1996). Personality, cancer and coronary heart disease: further evidence on a controversial issue. *British Journal of Health Psychology*, 1: 191-205.
- American Agency for Health Care Policy (1992). *Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma. Clinical Practice Guideline No. 1*. AAHCP: Washington, DC.
- American Heart Association (1995). *Heart and Stroke Facts: 1995 Statistical Supplement*. American Heart Association, Dallas.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edn with revised text. Washington.
- Ames, G. M. and Janes, C. R. (1987). Heavy and problem drinking in an American blue-collar population: implications for prevention. *Social Science and Medicine*, 25: 949-60.
- Andersen, B. L., Cacioppo, J. T. and Roberts, D. C. (1995). Delay in seeking a cancer diagnosis: delay stages and psychophysiological comparison processes. *British Journal of Social Psychology*, 34: 33-52.
- Andersen, R. and Newman, F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 51: 95-107.
- Anderson, R. J., Friedland, K. E., Clouse, R. E. and Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24: 1069-78.
- Andersson, G. (1996). The benefits of optimism: a meta-analytic review of the Life Orientation Test. *Personality and Individual Differences*, 21: 719-25.
- André, M., Borgquist, L. and Molstad, S. (2002). Asking for 'rules of thumb': a way to discover tacit knowledge in general practice. *Family Practice*, 19: 617-22.
- Ansari, M., Shlipak, M. G., Heidenreich, P. A., Van Ostaeyen, D., Pohl, E. C., Browner, W. S. and Massie, B. M. (2003). Improving guideline adherence: a randomized trial evaluating strategies to increase beta-blocker use in heart failure. *Circulation*, 107: 2799-804.
- Antoni, M. H. (1987). Neuroendocrine influences in psychoimmunology and neoplasia: A review. *Psychology and Health*, 1: 3-24.

- Antoni, M. H., Baggett, L., Ironson, G. and LaPerriere, A. (1991). Cognitive behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunological changes following notification of HIV-1 seropositivity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 906-15.
- Antoni, M. H., Cruess, D. G., Klimas, N., Maher, K., Cruess, S. E., Kumar, M., Lutgendorf, S., Ironson, G., Schneiderman, N. and Fletcher, M. A. (2002). Stress management and immune system reconstitution in symptomatic HIV-infected gay men over time: effects on transitional naive T-cells (CD4+CD45RA+CD29+). *American Journal of Psychiatry*, 159: 143-5.
- Antoni, M. H., Lehman, J., Kilbourn, K., Boyers, A. E., Culver, J. L., Alferi, S. M., Yount, S. E., McGregor, B. A., Arena, P. L., Harris, S. D., Pricce, A. A. and Carver, C. S. (2001). Cognitive-behavioral stress management intervention decreases depression and enhances optimism and the sense of positive contributions among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20: 20-32.
- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Appels, A., Bar, F., Lasker, J., Flamm, U. and Kop, W. (1997). The effect of a psychological intervention program on the risk of a new coronary event after angioplasty: a feasibility study. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 43: 209-17.
- Arefjord, K., Hallarakeri, E., Havik, O. E. and Maeland, J. G. (1998). Myocardial infarction: Emotional Consequences for the wife. *Psychology and Health*, 13: 135-46.
- Armitage, C. J. (2003). The relationship between multidimensional health locus of control and perceived behavioural control: how are distal perceptions of control related to proximal perceptions of control? *Psychology and Health*, 18: 723-38.
- Armitage, C. and Conner, M. (1998). Extending the theory of planned behaviour: a review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28: 1429-64.
- Armitage, C. J. and Conner, M. (2002). Reducing fat intake: interventions based on the theory of planned behaviour. In D. Rutter and L. Quine (eds.), *Changing Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- Armitage, C. J., Conner, M., Loach, J. and Willetts, D. (1999). Different perceptions of control: applying an extended theory of planned behaviour to legal and illegal drug use. *Basic and Applied Social Psychology*, 21: 301-16.
- Arora, N. K. and McHorney, C. A. (2000). Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Medical Care*, 38: 335-41.
- Aspinwall, L. G. and Brunhart, S. M. (1996). Distinguishing optimism from denial: optimistic beliefs predict attention to health threats. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 22: 993-1003.
- Aspinwall, L. G. and Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: a longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61: 755-65.
- Astin, J. A. (1998). Why patients use alternative medicine: results of a national study. *Journal of the American Medical Association*, 279: 1548-53.
- Astrom, M. (1996). Generalized anxiety disorder in stroke patients: a 3 year longitudinal study. *Stroke*, 17: 270-5.
- Atkinson, R. M. (1994). Late onset problem drinking in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9: 321-6.
- Audrain, J., Boyd, N. R., Roth, J., Main, D., Caporaso, N. F. and Lerman, C. (1997). Genetic susceptibility testing in smoking-cessation treatment: one-year outcomes of a randomized trial. *Addictive Behaviors*, 22: 741-51.
- Austoker, J. (1994). Screening for ovarian, prostrate and testicular cancers. *British Medical Journal*, 309: 315-20.
- Ayanian, J. Z., Cleary P. D., Weissman J. S. and Epstein, A. M. (1999). The effect of patients' preferences on racial differences in access to renal transplantation. *New England Journal of Medicine*, 341: 1661-9.
- Bachiocco, V., Scesi, M., Morselli, A. M. and Carli, G. (1993). Individual pain history and familial pain tolerance models: relationships to post-surgical pain. *Clinical Journal of Pain*, 9: 266-71.
- Bagozzi, R. P. (1993). On the neglect of volition in consumer research: a critique and proposal. *Psychology and Marketing*, 10: 215-37.
- Baider, L., Andritsch, E., Uziely, B., Goldzwieg, G., Ever-Hadani, P., Hofman, G., Krenn, G. and Samonigg, H. (2003). Effects of age on coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer: review of literature and analysis of

- two different geographical settings. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 46: 5-16.
- Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W. and Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of Internal Medicine*, 163: 2433-45.
- Bajekal, M., Primatesta, P. and Prior, G. (2003). *Health Survey for England 2001: Fruit and Vegetable Consumption*. London: Stationery Office.
- Baker, A. H. and Wardle, J. (2003). Sex differences in fruit and vegetable intake in older adults. *Appetite*, 40: 269-75.
- Balarajan, R. and Raleigh, V. (1993). *Ethnicity and Health in England*. London: HMSO.
- Ballidin, J., Berglund, M., Borg, S., Mansson, M., Bendtsen, P., Franck, J., Gustafsson, L., Halldin, J., Nilsson, L. H., Stolt, G. and Willander, A. (2003). A 6-month controlled naltrexone study: combined effect with cognitive behavioral therapy in outpatient treatment of alcohol dependence. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 27: 1142-9.
- Baltes, P. B. and Baltes, M. M. (1990). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Bandolier (1999). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) in postoperative pain. *Bandolier*, July. Available from www.bandolier.com.
- Bandolier (2003). Acute pain. *Bandolier* extra, February. Available from www.ebandolier.com.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84: 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52: 1-26.
- Banks, S. M., Salovey, P., Greener, S., Rothman, A. J., Moyer, A., Beauvais, J. and Epel, E. (1995). The effects of message framing on mammography utilization. *Health Psychology*, 14: 178-84.
- Banthia, R., Malcarne, V. L., Varni, J. W., Ko, C. M., Sadler, G. R. and Greenberg, H. L. (2003). The effects of dyadic strength and coping styles on psychological distress in couples faced with prostate cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 26: 31-52.
- Barefoot, J. C., Dahlstrom, G. and Williams, R. B. (1983). Hostility, CHD incidence, and total mortality: a 25-year follow-up study of 255 physicians. *Psychosomatic Medicine*, 45: 59-63.
- Barlow, J., Turner, A. P. and Wright, C. C. (2000). A randomised controlled study of the Arthritis Self-Management Programme in the UK. *Health Education Research Theory and Practice*, 15: 665-80.
- Barlow, J. H., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A. and Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counselling*, 48: 177-87.
- Baron-Epel, O. and Kaplan, G. (2001). General subjective health status or age-related subjective health status: does it make a difference? *Social Science and Medicine*, 53: 1373-81.
- Bartley, M., Sacker, A. and Clarke, P. (2004). Employment status, employment conditions, and limiting illness: prospective evidence from the British household panel survey 1991-2001. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58: 501-6.
- Baum, A. (1990). Stress, intrusive imagery and chronic distress. *Health Psychology*, 9: 665-75.
- Baum, A., Garofalo, J. P. and Yali, A. M. (1999). Socioeconomic status and chronic stress. Does stress account for SES effects on health? *Annals of the New York Academy of Science*, 896: 131-44.
- Baum, A., Gatchel, R. J. and Krantz, D. S. (1997). *An Introduction to Health Psychology*, 3rd edition, New York: McGraw-Hill.
- Baum, A. and Grunberg, N. E. (1991). Gender, stress and health. *Health Psychology* 10: 80-5.
- Bauman, B. (1961). Diversities in conceptions of health and fitness. *Journal of Health and Human Behavior*, 2: 39-46.
- Beach, S. R., Schulz, R., Lee, J. L. and Jackson, S. (2000). Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: longitudinal findings from the Caregiver Health Effects study. *Psychology and Aging*, 15: 259-71.
- Beadsmoore, C. J. and Screatton, N. J. (2003). Classification, staging and prognosis of lung cancer. *European Journal of Radiology*, 45: 8-17.
- Beasley, M., Thompson, T. and Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34: 77-95.
- Beaver, K., Bogg, J. and Luker, K. A. (1999). Decision-making role preferences and information needs: a comparison of colorectal and breast cancer. *Health Expectations*, 2: 266-76.

- Beaver, K., Luker, K. A., Owens, R. G., Leinster, S. J., Degner, L. F. and Sloan, J. A. (1996). Treatment decision making in women newly diagnosed with breast cancer. *Cancer Nursing*, 19: 8-19.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. (1977). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E. and Erbaugh, J. K. (1962). Reliability of psychiatric diagnoses: 2. A study of consistency of clinical judgements and ratings. *American Journal of Psychiatry*, 119: 351-7.
- Beck, A. T., Wight, F. D., Newman, C. F. and Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy for Substance Abuse*. New York: Guilford Press.
- Becker, M. H. (ed.) (1974). The health belief model and personal health behavior, *Health Education Monographs*, 2: 324-508.
- Becker, M. H., Haefner, D. P. and Maiman, L. A. (1977). The health belief model in the prediction of dietary compliance: a field experiment. *Journal of Health and Social Behavior*, 18: 348-66.
- Becker, M. H. and Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13: 10-14.
- Becker, M. H. and Rosenstock, I. M. (1987). Comparing social learning theory and the health belief model. In W. B. Ward (ed.), *Advances in Health Education and Promotion*. Greenwich, Conn. : JAI Press.
- Becher, H. K. (1946). Pain in men wounded in battle. *Annals of Surgery*, 123: 96-105.
- Beeney, L. J., Bakry, A. A. and Dunn, S. M. (1996). Patient psychological and information needs when the diagnosis is diabetes. *Patient Education and Counselling*, 29: 109-16.
- Bell, D. E. (1982). Regret in decision-making under uncertainty. *Operations Research*, 21: 961-81.
- Bellaby, P. (2003). Communication and miscommunication of risk: understanding UK parents' attitudes to combined MMR vaccination. *British Medical Journal*, 327: 725-8.
- Belloc, N. B. and Breslow, L. (1972). Relationship between physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1: 409-21.
- Benight, C. C., Ironson, G., Klebe, K., Carver, C. S., Wynings, C., Burnett, K., Greenwood, D., Baum, A. and Schneiderman, N. (1999). Conservation of resources and coping self-efficacy predicting distress following a natural disaster: a causal model analysis where the environment meets the mind. *Anxiety, Stress and Coping*, 12: 107-26.
- Bennett, P. (2000). *Introduction to Clinical Health Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Bennett, P. (2003). *Abnormal and Clinical Psychology: An Introductory Text*. Buckingham: Open University Press.
- Bennett, P. (2005a). Gastric and duodenal ulcers. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman and R. West (eds.) *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (2nd Edition). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bennett, P. (2005b). Irritable Bowel Syndrome. In S. Ayers, A. Baum, C. McManus, S. Newman, K. Wallston, J. Weinman and R. West (eds.) *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (2nd Edition). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bennett, P., Ahmed, A. and Lowe, R. (in revision). Linking appraisals, emotions and coping in response to work-related stress. *British Journal of Clinical Psychology*.
- Bennett, P. and Connell, H. (1999) Dyadic responses to myocardial infarction. *Psychology, Health and Medicine*, 4: 45-55.
- Bennett, P. and Murphy, S. (1997). *Psychology and Health Promotion*. Buckingham: Open University Press.
- Bennett, P., Owen, R. L., Koutsakis, S. and Bisson, J. (2002). Personality, social context and cognitive predictors of post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients. *Psychology and Health*, 17: 489-500.
- Bennett, P. and Smith, C. (1992). Parents' attitudinal and social influences on childhood vaccination. *Health Education Research: Theory and Practice*, 73: 341-8.
- Bennett, P., Smith, P. and Gallacher, J. E. J. (1996). Vital exhaustion, neuroticism and symptom reporting in cardiac and non-cardiac patients. *British Journal of Health Psychology*, 1: 309-13.
- Bennett, P., Williams, Y., Page, N., Hood, K. and Woollard, M. (2004). Levels of mental health problems among UK emergency ambulance personnel. *Emergency Medical Journal*, 21: 235-6.
- Benyamini, Y., Leventhal, E. A. and Leventhal, H. (2003). Elderly people's ratings of the importance of health-related factors to their self-assessments of health. *Social Science and Medicine*, 56: 1661-7.

- Bergner, M., Bobbitt, R. A., Carter, W. B. *et al.* (1981). The sickness impact profile: development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19: 787-805.
- Berkman, L. F. (1984). Assessing the physical health effects of social networks and social support. *Annual Review of Public Health*, 5: 413-32.
- Berkman, L. F., Blumenthal, J., Burg, M., Carney, R. M., Catellier, D., Cowan, M. J., Czajkowski, S. M., DeBusk, R., Hosking, J., Jaffe, A., Kaufmann, P. G., Mitchell, P., Norman, J., Powell, L. H., Raczynski, J. M. and Schneiderman, N. (2003). Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease (ENRICH) patients randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 289: 3106-16.
- Berkman, L. F. and Syme, S. L. (1979). Social networks, lost resistance and mortality: a nine-year follow-up of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, 109: 186-204.
- Bibace, R., Schmidt, L. R. and Walsh, M. E. (1994). Children's perceptions of illness. In G. N. Penny, P. Bennett and M. Herbert (eds.), *Health Psychology: A Lifespan Perspective*. Switzerland: Harwood Academic Publishers.
- Bibace, R. and Walsh, M. E. (1980). Development of children's conceptions of illness, *Pediatrics*, 66: 912-17.
- Biddle, S. (1995). Exercise and psychosocial health. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 66: 292-7.
- Biddle, S., Fox, K. and Boutcher, S. (2000). *Physical Activity and Psychological Wellbeing*. London: Routledge.
- Biddle, S. and Murtrie, N. (1991). *Psychology of Physical Activity: A Health Related Perspective*. London: Springer Verlag.
- Biggam, F. H., Power, K. G., MacDonald, R. R., Carcary, W. B. and Moodie, E. (1997). Self-perceived occupational stress and distress in a Scottish police force. *Work and Stress*, 11: 118-33.
- Biglan, A., Duncan, T. E., Ary, D. A. and Smolkovski, K. (1995). Peer and parental influences on adolescent tobacco use. *Journal of Behavioural Medicine*, 18: 315-30.
- Bijtbeier, P., Vercruyse, T., Vertommen, H., van Gool, S. W., Uyttebroeck, A. and Brock, P. (2001). New evidence on the reliability and validity of the pediatric oncology quality of life scale. *Psychology and Health*, 16: 461-9.
- Billings, A. G. and Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioural Medicine*, 4: 139-57.
- Billings, A. G. and Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46: 877-91.
- Bird, J. E. and Podmore, V. N. (1990). Children's understanding of health and illness. *Psychology and Health*, 4: 175-85.
- Birmingham Health Authority (1995). *Birmingham Annual Public Health Report: Closing the Gap*. Birmingham: Birmingham Health Authority.
- Birmingham, P. K., Wheeler, M., Suresh, S., Dsida, R. M., Rae, B. R., Obrecht, J., Andreoni, V. A., Hall, S. C. and Cote, C. J. (2003). Patient-controlled epidural analgesia in children: can they do it? *Anesthesia and Analgesia*, 96: 686-91.
- Bishop, G. D. and Teng, C. B. (1992). Cognitive organization of disease information in young Chinese Singaporeans. Paper presented at First Asian Conference in Psychology, Singapore.
- Bjordal, J. M., Johnson, M. I. and Ljunggreen, A. E. (2002). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) can reduce postoperative analgesic consumption. A meta-analysis with assessment of optimal treatment parameters for postoperative pain. *European Journal of Pain*, 7: 181-8.
- Black, J. L., Allison, T. G., Williams, D. E., Rummans, T. A. and Gau, G. T. (1998). Effect of intervention for psychological distress on rehospitalization rates in cardiac rehabilitation patients. *Psychosomatics*, 39: 134-43.
- Blair, S. and Brodney, S. (1999). Effects of physical inactivity and obesity on morbidity and mortality: current evidence and research issues. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 31(suppl.): S646-62.
- Blalock, J. E. (1994). The syntax of immune-neuroendocrine communication. *Immunology Today*, 15: 504-11.
- Blane, D., Higgs, P., Hyde, M. and Wiggins, R. D. (2004). Life course influences on quality of life in early old age. *Social Science and Medicine*, 58: 2171-9.
- Blaxter, M. (1987). Evidence on inequality in health from a national survey, *The Lancet*, ii: 30-3.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London: Routledge.
- Blenkinsop, S., Boreham, R. and McManus, S. (NFER) (2003). *Smoking, Drinking and Drug*

- Use among Young People in England in 2002*. London: Stationery Office.
- Block, G., Patterson, B. and Subar, A. (1992). Fruit, vegetables and cancer prevention: a review of the epidemiological evidence. *Nutrition and Cancer*, 18: 1-29.
- Blumenthal, J. A., Jiang, W., Babyak, M. A., Williams, D. E., Rummans, T. A. and Gau, G. T. (1997). Stress management and exercise training in cardiac patients with myocardial ischemia. *Archives of Internal Medicine*, 157: 2213-17.
- Blyth, F. M., March, L. M. and Cousins, M. J. (2003). Chronic pain-related disability and use of analgesia and health services in a Sydney community. *Medical Journal of Australia*, 179: 84-7.
- Boersma, S. N., Maes, S. and van Elderen, T. M. T. (in press). Goal disturbance predicts health-related quality of life and depression four months after myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*
- Boersma, S. N., Maes, S. and Joeke, K. (in press). Goal disturbance in relation to anxiety, depression, and health-related quality of life after myocardial infarction. *Quality of Life Research*,
- Boini, S., Brianón, S., Guillemin, F., Galan, P. and Hercberg, S. (2004). Impact of cancer occurrence on health-related quality of life: a longitudinal pre-post assessment. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2: 4-19.
- Bokan, J. A., Ries, R. K. and Katon, W. J. (1981). Tertiary gain and chronic pain. *Pain*, 10: 331-5.
- Booth-Kewley, S. and Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: a quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101: 343-62.
- Booth-Kewley, S. and Vickers, R. R., Jr (1994). Associations between major domains of personality and health behaviour. *Journal of Personality*, 62: 281-98.
- Boreham, R. and Shaw, A. (2001). *Smoking, Drinking and Drug Use Among Young People in England in 2000*. London: Stationery Office.
- Borland, R. (1997). Tobacco health warnings and smoking related cognitions and behaviours. *Addiction*, 92(11): 1427-35.
- Bourdeaudhuij, I. de. and Van Oost, P. (1998) Family characteristics and health behaviours of adolescents and families. *Psychology and Health*, 13: 785-804.
- Boureaudhuij, I. D. (1997). Family food rules and healthy eating in adolescents. *Journal of Health Psychology*, 2: 45-56.
- Bourgeois, M., Schulz, R. and Burgio, L. (1996). Interventions for caregivers of patients with Alzheimer's disease: a review and analysis of content, process and outcomes. *International Journal of Aging and Human Development*, 43: 35-92.
- Bowden, A. and Fox-Rushby, J. A. (2003). A systematic and critical review of the process of translation and adaptation of generic health-related quality of life measures in Africa, Asia, Eastern Europe, the Middle East, South America. *Social Science and Medicine*, 57: 1289-306.
- Bowland, L., Cockburn, J., Cawson, J., Christensen Anderson, A., Moorehead, S. and Kenny, M. (2003). Counselling interventions to address the psychological consequences of screening mammography: a randomised trial. *Patient Education and Counseling*, 49: 189-98.
- Bowling, A. (1991). *Measuring Health: A Review of Quality of Life*. Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. (1995a). *Measuring Disease: A Review of Disease-specific Quality of Life Measurement Scales*. Buckingham: Open University Press.
- Bowling, A. (1995b). The most important things in life. Comparisons between older and younger population age groups by gender. Results from a national survey of the public's judgements. *International Journal of Health Sciences*, 6: 169-75.
- Boyer, C. B., Friend, R., Chlouverakis, G. and Kalyanides, G. (1990). Social support and demographic factors influencing compliance of hemodialysis patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 20: 1902-18.
- Bracken, P. and Thomas, P. (2002). Time to move beyond the mind-body split (editorial). *British Medical Journal*, 325: 1433-4.
- Brain, K., Gray, J., Norman, P., France, E., Anglim, C., Barton, G., Parsons, E., Clarke, A., Sweetland, H., Tischkowitz, M., Myring, J., Stansfield, K., Webster, D., Gower-Thomas, K., Daoud, R., Gateley, C., Monypenny, I., Singhal, H., Branston, L., Sampson, J., Roberts, E., Newcombe, R., Cohen, D., Rogers, C., Mansel, R. and Harper, P. (2000). Randomized trial of a specialist genetic assessment service for familial breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 92: 1345-51.
- Braithwaite, D., Sutton, S. and Steggle, N. (2002). Intention to participate in predictive genetic testing for hereditary cancer: the role of attitude toward uncertainty. *Psychology and Health*, 17: 761-72.

- Bratzler, D. W., Oehlert, W. H. and Austelle, A. (2002). Smoking in the elderly – It's never too late to quit. *Journal of the Oklahoma State Medical Association*, 95: 185-91.
- Brawley, O. W. and Freeman, H. P. (1999). Race and outcomes: is this the end of the beginning for minority health research? *Journal of the National Cancer Institute*, 91: 1908-9.
- Brena, S. F. and Chapman, S. L. (1983). *Management of Patients with Chronic Pain*. Great Neck, NY: PMA Publications.
- Breslow, L. (1983). The potential of health promotion. In D. Mechanic (ed.), *Handbook of Health, Health Care and the Health Professions*. New York: Free Press.
- Brett, J. and Austoker, J. (2001). Women who are recalled for further investigation for breast screening: psychological consequences 3 years after recall and factors affecting re-attendance. *Journal of Public Health Medicine*, 23: 292-300.
- Brewer, B. W., Manos, T. M., McDevitt, A. V., Cornelius, A. E. and van Rallte, J. L. (2000). The effect of adding lower intensity work on the perceived aversiveness of exercise. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 22: 118-30.
- Brewin, C., Dalgleish, T. and Joseph, S. (1996). A dual representation theory of post-traumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103: 670-86.
- Brewin, C. R. and Holmes E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23: 339-76.
- Brewster, A. E., Hackett, P., Morrison, V., White-Gwenin, C., Branston, L., Price, P., Robbé, I., O'Mahony, S., Adams-Jones, D. and Maughan, T. (under review). Attitudes of the general public and professional health care staff towards cancer treatment in the elderly.
- British Medical Association (2003a). *Adolescent Health*. British Medical Association, Board of Science and Education: BMA Publications Unit.
- British Medical Association (2003b). *Childhood Immunisation: A Guide for Healthcare Professionals*. British Medical Association, Board of Science and Education: BMA Publications Unit.
- British Thoracic Society (1997). Guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*, 52 (suppl. 5): 1-26.
- Briviba, K., Pan, L. and Rechkemmer, G. (2002). Red wine polyphenols inhibit the growth of colon carcinoma cells and modulate the activation pattern of mitogen-activated protein kinases. *Journal of Nutrition*, 132: 2814-18.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Alley, P. G. and Booth, R. J. (2003). Psychological stress impairs early wound repair following surgery. *Psychosomatic Medicine*, 65: 865-9.
- Broers, S., Kaptein, A. A., Le Cessie, S., Fibbe, W. and Hengevel, M. W. (2000). Psychological functioning and quality of life following bone marrow transplantation: a 3-year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, 48: 11-21.
- Brosschot, J. F. and Thayer, J. F. (1998). Anger inhibition, cardiovascular recovery, and vagal function: a model of the link between hostility and cardiovascular disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 20: 326-32.
- Brown, J., Cooper, C. and Kirkcaldy, B. (1996). Occupational stress among senior police officers. *British Journal of Psychology*, 87: 31-41.
- Brown, J. E., Brown, R. F., Miller, R. M., Dunn, S. M., King, M. T., Coates, A. S. and Butow, P. N. (2000). Coping with metastatic melanoma: the last year of life. *Psycho-Oncology*, 9: 283-92.
- Brown, J. S. L., Cochrane, R. and Hancox, T. (2000). Large-scale health promotion stress workshops for the general public: a controlled evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28: 139-51.
- Brownson, R., Koffman, D., Novotny, T., Hughes, R. and Eriksen, M. (1995). Environmental and policy interventions to control tobacco use and prevent cardiovascular disease. *Health Education Quarterly*, 22: 478-98.
- Bruce, J. and van Teijlingen, E. (1999). A review of the effectiveness of Smokebusters: community-based smoking prevention for young people. *Health Education Research*, 14: 109-20.
- Bruera, E., Sweeney, C., Willey, J., Palmer, J. L., Tolley, S., Rosales, M. and Ripamonti, C. (2003). Breast cancer patient perception of the helpfulness of a prompt sheet versus a general information sheet during outpatient consultation: a randomized, controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 25: 412-19.
- Brug, J., Conner, M., Harre, N., Kremers, S., McKeellar, S. and Whitelaw, S. (2005). The transtheoretical model and stages of a change: a critique. Observations by five commentators on the paper by Adams, J. and White, M. Why don't stage-based activity promotion interventions work? *Health Education Research*, 20: 244-58.
- Brunton, G., Harden, A., Rees, R., Kavanagh, J., Oliver, S. and Oakley, A. (2003). *Children and Physical Activity: A Systematic Review of Ba-*

- rriers and Facilitators. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Bryan, A. D., Aiken, L. S. and West, S. G. (1996). Increasing condom use: evaluation of a theory-based intervention to prevent sexually transmitted diseases in young women, *Health Psychology*, 15: 371-82.
- Bryan, A. D., Aiken, L. S. and West, S. G. (1997). Young women's condom use: the influence of acceptance of sexuality, control over the sexual encounter, and perceived susceptibility to common STDs. *Health Psychology*, 16: 468-79.
- Bryon, M. (1998). Adherence to treatment in children. In L. B. Myers and K. Midence (eds.), *Adherence to Treatment in Medical Conditions*, Netherlands: Harwood Academic Publishers.
- Buckman, R. (1992). Who's for CPR? *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 26: 461-2.
- Budd, R. J. (1987). Response bias and the theory of reasoned action. *Social Cognition*, 5: 95-107.
- Budd, R. and Rollnick, S. (1996). The structure of the readiness to change questionnaire: a test of Prochaska and di Clemente's transtheoretical model. *Health Psychology*, 15: 365-76.
- Buick, D. and Petrie, K. (2002). 'I know just how you feel': the validity of healthy women's perceptions of breast cancer patients receiving treatment. *Journal of Applied Social Psychology*, 32: 110-23.
- Bullinger, M. (1997). The challenge of cross-cultural quality of life assessment. *Psychology and Health*, 12: 815-26.
- Bundy, C., Carroll, D., Wallace, L. and Nagle, R. (1994). Psychological treatment of chronic stable angina pectoris. *Psychology and Health*, 10: 69-77.
- Burack, J. H., Barrett, D. C., Stall, R. D., Chesney, M. A., Ekstrand, M. L. and Coates, T. J. (1993). Depressive symptoms and CD4 lymphocyte decline among HIV infected men. *JAMA*, 270(21): 2568-73.
- Burell, G. (1996). Group psychotherapy in project New Life: treatment of coronary-prone behaviors for patients who had coronary bypass graft surgery. In S. Scheidt and R. Allan (eds.), *Heart and Mind*. American Psychological Association.
- Burgoyne, R. and Renwick, R. (2004). Social support and quality of life over time among adults living with HIV in the HAART era. *Social Science and Medicine*, 58: 1353-66.
- Burns, J. W., Kubilus, A., Bruehl, S., Harden, R. N. and Lofland, K. (2003). Do changes in cognitive factors influence outcome following multidisciplinary treatment for chronic pain? A cross-lagged panel analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71: 81-91.
- Burns, V. E., Carroll, D., Drayson, M., Whitham, M. and Ring, C. (2003). Life events, perceived stress and antibody response to influenza vaccination in young, healthy adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 55: 569-72.
- Bury, J., Morrison, V. and MacLachlan, S. (1992). *Working with Women and AIDS: Medical, Social and Counselling Issues*. London: Routledge.
- Buzdar, A. U. (2004). Hormonal therapy in early and advanced breast cancer. *Breast Journal*, 10 (suppl. 1): S19-21.
- Byrne, D. G. and Mazanov, J. (2003). Adolescent stress and future smoking behaviour: a prospective investigation. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 313-21.
- Byrne, P. and Long, B. (1976). *Doctors Talking to Patients: A Study of the Verbal Behaviour of General Practitioners Consulting in their Surgeries*. London: HMSO.
- Cacioppo, J. T., Andersen, B. L., Turnquist, D. C. and Petty, R. E. (1986). Psychophysiological comparison processes: Interpreting cancer symptoms. In B. L. Andersen (ed.), *Women with Cancer: Psychosocial Perspectives*. New York: Springer Verlag.
- Cacioppo, J. T., Andersen, B. L., Turnquist, D. C. and Tassinary, L. G. (1989). Psychophysiological comparison theory: on the experience, description and assessment of signs and symptoms. *Patient Education and Counselling*, 13: 257-70.
- Cacioppo, J. T., Poehlmann, K. M., Kiecolt-Glaser, J. K., Malarkey, W. B., Burelson, M. H., Bertson, G. G. and Glaser, R. (1998). Cellular immune responses to acute stress in female caregivers of dementia patients and matched controls. *Health Psychology*, 17: 182-9.
- Callaghan, P. and Li, H. C. (2002). The effect of pre-operative psychological interventions on post-operative outcomes in Chinese women having an elective hysterectomy. *British Journal of Health Psychology*, 7: 247-52.
- Calnan, M. (1987). *Health and Illness: The Lay Perspective*. London: Tavistock.
- Camp, D. E., Klesges, R. C. and Relyea, G. (1993). The relationship between bodyweight concerns and adolescent smoking. *Health Psychology*, 12: 24-32.

- Campbell, J. D., Mauksch, H. O., Neikirk, H. J. and Hosokawa, M. C. (1990). Collaborative practice and provider styles in delivering health care. *Social Science and Medicine*, 30: 1359-65.
- Campbell, L. A., Kirkpatrick, S. E., Berry, C. C. and Lamberti, J. J. (1992). Psychological preparation of mothers of pre-school children undergoing cardiac catheterization. *Psychology and Health*, 7: 175-85.
- Campbell, M. K., Tessaro, I., DeVellis, B., Benedict, S., Kelsey, K. and Belton, L. (2002). Effects of a tailored health promotion program for female blue-collar workers: health works for women. *Preventive Medicine*, 4: 313-23.
- Cannon, W. B. (1932). *The Wisdom of the Body*. New York: W. W. Norton.
- Carlson, N. (2003) *Physiology of Behaviour*, 8th edition, Boston MA: Allyn and Bacon.
- Carlson, L. E., Taenzer, P., Koopmans, J. and Casebeer, A. (2003). Predictive value of aspects of the transtheoretical model on smoking cessation in a community-based, large-group cognitive behavioral program. *Addictive Behaviors*, 28: 725-40.
- Caro, J. J., Speckman, J. L., Salas, M., Raggio, G. and Jackson, J. D. (1999). Effect of initial drug choice on persistence with antihypertensive therapy: the importance of actual practice data. *Canadian Medical Association Journal*, 160: 41-6.
- Carod-Artal, J., Egido, J. A., González, J. L. and de Seijas, E. V. (2000). Quality of life among stroke survivors evaluated 1 year after stroke. *Stroke*, 31: 2995-3005.
- Carr, A. J. and Higginson, I. J. (2001). Are quality of life measures patient centred? *British Medical Journal*, 32: 1357-60.
- Carr, D. (2003). A 'good death' for whom? Quality of spouse's death and psychological distress among older widowed persons. *Journal of Health and Social Behavior*, 44: 215-32.
- Carroll, D., Davey-Smith, G. and Bennett, P. (1996). Some observations on health and socioeconomic status. *Journal of Health Psychology*, 1: 1-17.
- Carroll, D., Moore, R. A., McQuay, H. J., Fairman, F., Tramer, M. and Leijon, G. (2001). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain. In *The Cochrane Library*, issue 4. Oxford: Update Software.
- Carroll, K. M., Libby, B., Sheehan, J. and Hyland, N. (2001). Motivational interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: an effectiveness study. *American Journal of Addiction*, 10: 35-9.
- Carver, C. S. and Scheier, M. F. (1981). *Attention and Self-Regulation: A Control Theory Approach to Human Behavior*. New York: Springer.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketchan, A. S., Moffat, F. L., Jr and Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65: 375-90.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. and Pozo, C. (1992). Conceptualizing the process of coping with health problems. In H. S. Friedman (ed.), *Hostility, Coping and Health*. Washington: American Psychological Association.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. and Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56: 267-83.
- Cassel, J. (1974). An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Public Health*, 64: 1040-3.
- Cassell, E. J. (1976). Disease as an 'it': concepts of disease revealed by patients' presentation of symptoms. *Social Science and Medicine*, 10: 143-6.
- Cassell, E. J. (1982). Paracetamol plus supplementary doses of codeine. An analgesic study of repeated doses. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 23: 315-19.
- Cassileth, B. R., Lusk, E. J., Brown, L. L. and Cross, P. A. (1985). Psychosocial status of cancer patients and next of kin: normative data from the profile of mood states. *Journal of Psychosocial Oncology*, 3: 99-105.
- Catz, S. L., Gore-Felton, C. and McClure, J. B. (2002). Psychological distress among minority and low-income women living with HIV. *Behavioral Medicine*, 28: 53-60.
- Cavelaars, A. E. J. M., Kunst, A. E. and Mackenbach, J. P. (1997). Socio-economic differences in risk factors for morbidity and mortality in the European Community. *Journal of Health Psychology*, 2: 353-72.
- Centers for Disease Control and Prevention (1996). Community-level prevention of human immunodeficiency virus infection among high-risk populations: the AIDS Community Demonstration Projects. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 45 (RR-6): 1-24.
- Centers for Disease Control and Prevention (2004). Impact of a smoking ban on restaurant and bar

- revenues – El Paso, Texas. *MMWR Morbidity and Mortality Weekly Reports*, 53: 150-1.
- Chalmers, B. (1996). Western and African conceptualisations of health. *Psychology and Health*, 12: 1-10.
- Champion, V. L. (1990). Breast self-examination in women 35 and older: a prospective study. *Journal of Behavioural Medicine*, 13: 523-38.
- Champion, V. L. and Miller, T. K. (1992). Variables related to breast self-examination. *Psychology of Women Quarterly*, 16: 81-96.
- Chan, D. K.-S. and Fishbein, M. (1993). Determinants of women's intentions to tell their partner to use condoms. *Journal of Applied Social Psychology*, 23: 1455-70.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health and Illness*, 5: 168-95.
- Charmaz, K. (1991). *Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness and Time*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Charmaz, K. (1994). Identity dilemmas of chronically ill men. *Sociological Quarterly*, 35: 269-88.
- Chassin, C., Presson, C. C., Rose, J. S. and Sherman, S. J. (1996). The natural history of cigarettes from adolescence to adulthood: demographic predictors of continuity and change. *Health Psychology*, 15: 478-84.
- Cheing, G. L., Tsui, A. Y., Lo, S. K. and Hui-Chan, C. W. (2003). Optimal stimulation duration of TENS in the management of osteoarthritic knee pain. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35: 62-8.
- Chen, S. Y., Gibson, S., Katz, M. H., Klausner, J. D. and Dilley, S. (2002). Continuing increases in sexual risk behavior and sexually transmitted diseases among men who have sex with men: San Francisco, Calif., 1999-2001. *American Journal of Public Health*, 92: 1387-8.
- Cheng, C. (2000). Seeking medical consultation: perceptual and behavioural characteristics distinguishing consulters and nonconsulters with functional dyspepsia. *Psychosomatic Medicine*, 62: 844-52.
- Cheng, T. L., Savageau, J. A., Sattler, A. L. and DeWitt, T. G. (1993). Confidentiality in health care: a survey of knowledge, perceptions, and attitudes among high school students. *Journal of the American Medical Association*, 269: 1404-7.
- Chesney, M. A. (2003). Adherence to HAART regimens. *AIDS Patient Care and STDs*, 17: 169-77.
- Chesney, M. A., Folkman, S. and Chambers, D. (1996). Coping effectiveness training for men living with HIV: preliminary findings. *International Journal of STDs and AIDS*, suppl. 2: 75-82.
- Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., McClement, S. and Harlos, M. (2002). Dignity in the terminally ill: a cross-sectional, cohort study. *The Lancet*, 360: 2026-30.
- Chochinov, H. M., Tataryn, D. J., Wilson, K. G., Ennis, M. and Lander, S. (2000). Prognostic awareness and the terminally ill. *Psychosomatics*, 41: 500-4.
- Choi, W. S., Harris, K. J., Okuyemi, K. and Ahluwalia, J. S. (2003). Predictors of smoking initiation among college-bound high school students. *Annals of Behavioral Medicine*, 26: 69-74.
- Christensen, A. J., Edwards, D. L., Wiebe, J. S., Benotsch, E. G., McKelevy, L., Andrews, M. and Lubaroff, D. M. (1996). Effect of verbal self-disclosure on natural killer cell activity: moderating influence of cynical hostility. *Psychosomatic Medicine*, 58: 150-5.
- Christensen, C., Larson, J. R., Jr, Abbott, A., Ardolino, A., Kranz, T. and Pfeiffer, C. (2000). Decision making of clinical teams: communication patterns and diagnostic error. *Medical Decision Making*, 20: 45-50.
- Cioffi, D. (1991). Beyond attentional strategies: a cognitive-perceptual model of somatic interpretation. *Psychological Bulletin*, 109: 25-41.
- Clark, D. B. and Sayette, M. A. (1993). Anxiety and the development of alcoholism: clinical and scientific issues. *American Journal on Addictions*, 2: 59-76.
- Clark, S. L. and Stephens, M. A. P. (1996). Stroke patients' well-being as a function of caregiving spouses' helpful and unhelpful actions. *Personal Relationships*, 3: 171-84.
- Clark-Carter, D. (2003). Effect sizes; the missing piece in the jigsaw. *The Psychologist*, 16: 636-8.
- Clarke, R. (2000). Perceptions of interethnic group racism predict increased vascular reactivity to a laboratory challenge in college women. *Annals of Behavioral Medicine*, 22: 214-22.
- Classen, C., Butler, L. D., Koopman, C., Miler, E., DiMiceli, S., Giese-Davis, J., Fobair, P., Carlson, R. W., Kraemer, H. C. and Spiegel, D. (2001). Supportive-expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention trial. *Archives of General Psychiatry*, 58: 494-501.
- Coates, T. J., McKusick, L., Kuno, R. and Stites, D. P. (1989). Stress management training reduced numbers of sexual partners but did not improve

- immune function in men infected with HIV. *American Journal of Public Health*, 79: 885-7.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38: 300-14.
- Cockburn, J., Paul, C., Tzelepis, F., McElduff, P. and Byles, J. (2003). Delay in seeking advice for symptoms that potentially indicate bowel cancer. *American Journal of Health Behavior*, 27: 401-7.
- Cohen, F. and Lazarus, R. (1979). Coping with the stresses of illness. In G. C. Stone, F. Cohen and N. E. Adler (eds.), *Health Psychology: A Handbook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Cohen, H. J., Pieper, C. F., Harris, T., Rao, K. and Currie, M. M. K. (1997). The association of plasma IL-6 levels with functional disability in community-dwelling elderly. *Journal of Gerontology. A: Biological Science and Medical Science*, 52: M201-8.
- Cohen, L. A. (1987). Diet and cancer. *Scientific American*, 102: 42-8.
- Cohen, M., Hoffman, R. G., Cromwell, C., Schmeidler, J., Ebrahim, F., Carrera, G., Endorf, F., Alfonso, C. A. and Jacobson, J. M. (2002). The prevalence of distress in persons with human immunodeficiency virus infection. *Psychosomatics*, 43: 10-15.
- Cohen, S. (1988). Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease. *Health Psychology*, 7: 269-97.
- Cohen, S., Doyle, M. J., Skoner, D. P., Fireman, P., Gwaltney, J. M., Jr and Newsom, J. T. (1995). State and trait negative affect as predictors of objective and subjective symptoms of respiratory viral infections. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68: 159-69.
- Cohen, S., Evans, G. W., Stokols, D. and Krantz, D. S. (1986). *Behavior, Health and Environmental Stress*. New York: Plenum.
- Cohen, S., Frank, E., Doyle, W. J., Skoner, D. P., Rabin, B. S. and Gwaltney, J. M., Jr (1998). Types of stressors that increase susceptibility to the common cold in healthy adults. *Health Psychology*, 17: 214-23.
- Cohen, S. and Herbert, T. B. (1996). Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47: 113-42.
- Cohen, S. and Hoberman, H. (1983). Positive events and social support as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13: 99-125.
- Cohen, S., Kamarck, T. and Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24: 385-96.
- Cohen, S., Tyrell, D. A. and Smith, A. P. (1993a). Life events, perceived stress, negative affect and susceptibility to the common cold. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64: 131-40.
- Cohen, S., Tyrell, D. A. and Smith, A. P. (1993b). Psychological stress and susceptibility to the common cold. *New England Journal of Medicine*, 325: 606-12.
- Cohen, S. and Williamson, G. M. (1991). Stress and infectious disease in humans. *Psychological Bulletin*, 109: 5-24.
- Cohen, S. and Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98: 310-57.
- Cole, S. W., Kemeny, M. E., Taylor, S. E. and Visscher, B. R. (1996). Elevated physical health risk among gay men who conceal their homosexual identity. *Health Psychology*, 15: 23-51.
- Coleman, D. L. (1979). Obesity genes: beneficial effects in heterozygous mice. *Science*, 203: 663-5.
- Coleman, P. G. (1999). Identity management in later life. In R. T. Woods (ed.), *Psychological Problems of Ageing: Assessment, Treatment and Care*. Chichester: Wiley.
- COMMIT (1995). Community intervention trial for smoking cessation (COMMIT): II. Changes in adult cigarette smoking prevalence. *American Journal of Public Health*, 85: 193-200.
- Compas, B. E., Stoll, M. F., Thomsen, A. H., Opedisano, G., Epping-Jordan, J. A. and Krag, D. N. (1999). Adjustment to breast cancer: age-related differences in coping and emotional distress. *Breast Cancer Research and Treatment*, 54: 195-203.
- Conner, M. and Armitage, C. J. (1998). Extending the theory of planned behaviour: a review and avenues for further research. *Journal of Applied Social Psychology*, 28: 1429-64.
- Conner, M. and Norman, P. (1996). *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*. Buckingham: Open University Press.
- Constans, J. I., Mathews, A., Brantley, P. J. and James, T. (1999). Attentional reactions to an MI: the impact of mood state, worry, and coping style. *Journal of Psychosomatic Research*, 46: 415-23.
- Cooper, C. L. and Payne, R. (eds.), (1988). *Causes, Coping and Consequences of Stress at Work*. Chichester: Wiley.

- Cordova, M., Andrykowski, M., Kenady, D., McGrath, P., Sloan, D. and Redd, W. (1995). Frequency and correlates of posttraumatic-stress-disorder-like symptoms after treatment for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63: 981-6.
- Costa, P. T., Jr and McCrae, R. R. (1987). Neuroticism, somatic complaints and disease: is the bark worse than the bite? *Journal of Personality*, 55: 299-316.
- Costa, P. T. and McCrae, R. R. (1992a). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13: 653-65.
- Costa, P. T. and McCrae, R. R. (1992b). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO fivefactor inventory (NEO FFI) professional manual*. Odessa, Fla: Psychological Assessment Resources.
- Cotman, C. W. and Engesser-Cesar, C. (2002). Exercise enhances and protects brain function. *Exercise Sport Science Reviews*, 30: 75-9.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50: 1385-1401.
- Cox, K. (2003). Assessing the quality of life of patients in phase I and II anti-cancer drug trials: interviews versus questionnaires. *Social Science and Medicine*, 56: 921-34.
- Cox, K. L., Gorely, T. J., Puddey, I. B., Burke, V. and Beilin, L. J. (2003). Exercise behaviour change in 40- to 65-year-old women: the SWEAT study (Sedentary Women Exercise Adherence Trial). *British Journal of Health Psychology*, 8: 477-95.
- Cox, W. M. and Klinger, E. (2004). A motivational model of alcohol use: Determinants of use and change. In: W. M. Cox and E. Klinger (eds.), *Handbook of Motivational Counselling: Concepts, Approaches, and Assessments*. (121-38). Chichester: John Wiley.
- Coyne, J. and Fiske, V. (1992). Couples coping with chronic and catastrophic illness. In T. J. Akamatsu, M. A. P. Stephens, S. E. Hobfoll and J. H. Crowther (eds.), *Family Health Psychology*. Washington: Hemisphere Publishing.
- Coyne, J. C., Benazon, N. R., Rohrbaugh, M. J. and Shoham, V. (2003). Patient and spousal attitude in couples living with chronic heart failure. Symposium paper presented at the 17th Conference of the European Health Psychology Society, September, Kos.
- Coyne, J. C. and Racioppo, M. W. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55: 655-64.
- Coyne, J. C. and Smith, D. A. F. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wife's distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61: 404-12.
- Cramer, J. A. (1998). Enhancing patient compliance in the elderly. Role of packaging aids and monitoring. *Drugs and Aging*, 12: 7-15.
- Cramer, J. A. (2004). A systematic review of adherence with medications for diabetes. *Diabetes Care*, 27: 1218-24.
- Creuss, D. G., Antoni, M. H., McGregor, B. A., Kilbourn, K. M., Boyers, A. E., Alferi, S. M., Carver, C. S. and Kumar, M. (2000). Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 62: 304-8.
- Crisp, A., Sedgwick, P., Halek, C., Joughin, N. and Humphrey, H. (1999). Why may teenage girls persist in smoking? *Journal of Adolescence*, 22: 657-72.
- Crossley, M. L. (2000). *Rethinking Health Psychology*. Buckingham: Open University Press.
- Crossley, M. L. and Small, N. (1998). Evaluation of HIV/AIDS Education Training Services Provided by London Lighthouse at St. Ann's Hospice. Stockport Health Authority.
- Croyle, R. T. and Barger, S. D. (1993). Illness cognition. In S. Maes, H. Leventhal and M. Johnston (eds.), *International Review of Health Psychology*, Vol. II. Chichester: Wiley.
- Croyle, R. T. and Ditto, P. M. (1990). Illness cognition and behavior: an experimental approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 13: 31-52.
- Cummings, J. H. and Bingham, S. A. (1998). Diet and the prevention of cancer. *British Medical Journal*, 317: 1636-40.
- Curbow, B., Somerfield, M. R., Baker, F., Wingard, J. R. and Legro, M. W. (1993). Personal changes, dispositional optimism, and psychological adjustment to bone marrow transplantation. *Journal of Behavioral Medicine*, 16: 423-43.
- Curry, S. J. and Emmons, K. M. (1994). Theoretical models for predicting and improving compliance with breast cancer screening. Mini-series: advances in behavioural medicine research on breast cancer. *Annals of Behavioral Medicine*, 16: 302-16.

- Cutrona, C. E. and Russell, D. W. (1987). The provision of social relationships and adaptation to stress. In W. H. Jones and D. Perlman (eds.), *Advances in Personal Relationships*, Vol. 1. Greenwich, Conn. : JAI Press.
- Cutrona, C. E. and Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: toward a theory of optimal matching. In B. A. Sarason, I. G. Sarason and G. R. Pierce (eds.), *Social Support: An Interactional View*. New York: Wiley.
- Dababneh, A. J., Swanson, N. and Shell, R. L. (2001). Impact of added rest breaks on the productivity and well being of workers. *Ergonomics*, 44: 164-74.
- Dalton, S. O., Boesen, E. H., Ross, L., Schapiro, I. R. and Johansen, C. (2002). Mind and cancer: do psychological factors cause cancer? *European Journal of Cancer*, 38: 1313-23.
- Dancey, C. P., Taghavi, M., Fox, R. J. The relationship between daily stress and symptoms of irritable bowel: a time-series approach. *Journal of Psychosomatic Research*. May, 1998. 44(5): 537-45.
- Dantzer, R. and Kelley, K. W. (1989). Stress and immunity: an integrated view of relationships between the brain and the immune system. *Life Sciences*, 44: 1995-2008.
- Darnley, S. E., Kennedy, T., Jones, R., Chalder, T. and Wessley, S. (2002). A randomised controlled trial of the addition of cognitive behavioural therapy (CBT) to antispasmodic therapy for irritable bowel syndrome (IBS) in primary care. *Gastroenterology*, 122: A-69.
- Davey-Smith, G., Ebrahim, S. and Frankel, S. (2001). How policy informs the evidence: 'evidence-based' thinking can lead to debased policy making (editorial). *British Medical Journal*, 322: 184-5.
- Davey-Smith, G. and Philips, A. N. (1991). Socio-economic conditions in childhood and ischaemic heart disease in middle age. *British Medical Journal*, 302: 113-14.
- Davey-Smith, G., Wentworth, D., Neaton, J. D., Stamler, R. and Stamler, J. (1996). Socio-economic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Intervention Trial, 2: black men. *American Journal of Public Health*, 86: 497-504.
- David, J. P. and Suls, J. (1996). Coping efforts in daily life: role of big five traits and problem appraisals. *Journal of Personality*, 67: 265-94.
- Davidson, P. R. and Parker, K. C. H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69: 305-16.
- Davies, J. B. and Baker, R. (1987). The impact of self-presentation and interviewer bias on self-reported heroin use. *British Journal of Addiction*, 82: 907-12.
- Dearing, J. W., Rogers, E. M., Meyer, G., Casey, M. K., Rao, N., Campo, S. and Henderson, G. M. (1996). Social marketing and diffusion-based strategies for communicating with unique populations: HIV prevention in San Francisco. *Journal of Health Communication*, 1: 343-63.
- Deary, I. J., Clyde, Z. and Frier, B. M. (1997). Constructs and models in health psychology: the case of personality and illness reporting in diabetes mellitus. *British Journal of Health Psychology*, 2: 35-54.
- DeBoer, M. F., Ryckman, R. M., Pruyn, J. F. and Van den Borne, H. W. (1999). Psychosocial correlates of cancer relapse and survival: a literature review. *Patient Education and Counselling*, 37: 215-30.
- DeFoe, J. R. and Breed, W. (1989). Consulting to change media contents: two cases in alcohol education. *International Quarterly of Community Health Education*, 4: 257-72.
- DeFriese, G. and Woomert, A. (1983). Self-care among the US elderly. *Research on Aging*, 5: 3-23.
- De Haes, H. and Koedoot, N. (2003). Patient centered decision making in palliative cancer treatment: a world of paradoxes. *Patient Education and Counselling*, 50: 43-9.
- Dehghani, M., Sharpe, L. and Nicholas, M. K. (2003). Selective attention to pain-related information in chronic musculoskeletal pain patients. *Pain*, 105: 37-46.
- de Lange, A. H., Taris, T. W., Kompier, M. A., Houtman, I. L. and Bongers, P. M. (2003). 'The very best of the millennium': longitudinal research and the demand-control-(support) model. *Journal of Occupational Health Psychology*, 8: 282-305.
- Dembrowski, T. M., MacDougall, J. M., Costa, P. T., Jr and Grandits, G. A. (1989). Components of hostility as predictors of sudden death and myocardial infarction in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Psychosomatic Medicine*, 51: 514-22.
- De Moor, C., Sterner, J., Hall, M., Warneke, C., Gilani, Z., Amato, R. and Cohen, L. (2002). A pilot

- study of the effects of expressive writing on psychological and behavioral adjustment in patients enrolled in a phase II trial of vaccine therapy for metastatic renal cell carcinoma. *Health Psychology*, 21: 615-19.
- Denollet, J. (1998). Personality and coronary heart disease: the type-D scale-16 (DS16). *Annals of Behavioral Medicine*, 20: 209-15.
- Denollet, J. and dePotter, B. (1992). Coping subtypes for men with coronary heart disease: relationship to well-being, stress and type-A behavior. *Psychological Medicine*, 22: 667-84.
- Denollet, J., Sys, S. U., Stroobant, N., Rombouts, H., Gillebert, T. C. and Brutsaert, D. L. (1996). Personality as an independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. *The Lancet*, 347: 417-21.
- de Nooijer, J., Lechner, L. and de Vries, H. A. (2001). Qualitative study on detecting cancer symptoms and seeking medical help; an application of Andersen's model of total patient delay. *Patient Education and Counseling*, 42: 145-57.
- Department of Health (1991). *The Health of the Nation*. London: HMSO.
- Department of Health (1992). *The Health of the Nation: A Strategy for Health in England*. London: HMSO.
- Department of Health (1995). *Obesity: Reversing the Increasing Problem of Obesity in England*. Report from the Nutrition and Physical Activity Task Forces. London: HMSO.
- Department of Health (1998a). *Health Survey for England: The Health of Young People 1995-1997*. London: Department of Health.
- Department of Health (1998b). *Report of the Scientific Committee on Tobacco and Health*. London: Department of Health.
- Department of Health (1999a). *Caring about Carers: A National Strategy for Carers*. London: Department of Health.
- Department of Health (1999b) *Saving Lives: Our Healthier Nation*. London: Department of Health.
- Department of Health (2000) Statistics on Smoking: England 1978 onwards. *Statistical Bulletin* 200/17. London: Department of Health.
- Department of Health (2001a). *The 2000 Health Survey for England: The Health of Older People (aged 65+)*. London: Department of Health.
- Department of Health (2001b). *The Expert Patient: A New Approach to Chronic Disease Management for the 21st Century*. London: Department of Health.
- Department of Health (2001c). *Involving Patients and the Public in Healthcare*, www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/OrganisationPolicy/PatientAndPublicInvolvement/InvolvingPatientsPublicHealthcare/fs/en.
- Department of Health and Human Services (1996). Report of final mortality statistics, 1994. *Monthly Vital Statistics Report*, 45 (3 suppl.). Hyattsville, Md: Public Health Service.
- Department of Health and Human Services (1998). *Health, United States, 1998: Socio-economic Status and Health Chartbook*. Hyattsville, Md: National Centre for Health Statistics.
- Derbyshire, S. W. (2000). Exploring the pain 'neuro-matrix'. *Current Reviews of Pain*, 4: 467-77.
- De Ridder, D., Fournier, M. and Bensing, J. (2004). Does optimism affect symptom report in chronic disease? What are its consequences for self-care behaviour and physical functioning? *Journal of Psychosomatic Research*, 56: 341-50.
- De Ridder, D. and Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: Is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*, 21: 205-40.
- Descartes, R. (1664). *Traite de l'homme*. Paris: An-got.
- Detweiler, J. B., Bedell, B. T., Salovey, P., Pronin, E. and Rothman, A. J. (1999). Message framing and sunscreen use: gain framed messages motivate beachgoers. *Health Psychology*, 18: 189-96.
- De Vellis, R. F., Lewis, M. A. and Sterba, K. R. (2003). Interpersonal emotional processes in adjustment to chronic illness. In J. Suls and K. A. Wallston (eds.), *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Malden, Mass. : Blackwell.
- Dey, P., Bundred, N., Gibbs, A., Hopwood, P., Baidam, A., Boggis, C., James, M., Knox, F., Leidecker, V. and Woodman, C. (2002). Costs and benefits of a one stop clinic compared with a dedicated breast clinic: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 324: 507.
- Deyo, R. A. (1986). Early diagnostic evaluation of lower back pain. *Journal of General Internal Medicine*, 1: 328-38.
- Deyo, R. A. (1991). Fads in the treatment of low back pain. *New England Journal of Medicine*, 325: 1039-40.
- di Clemente, C. C. and Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: a comparison of processes of change in ces-

- sation and maintenance. *Addictive Behaviours*, 7: 133-42.
- di Clemente, C. C. and Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12: 11-12.
- di Clemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M. and Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 295-304.
- Didlake, R. H., Dreyfus, K., Kerman, R. H., Van Buren, C. T. and Kahan, B. D. (1988). Patient noncompliance: a major cause of late graft failure in cyclosporine-treated renal transplants. *Transplant Proceedings*, 20: 63-9.
- Diefenbach, M. A., Leventhal, E. A., Leventhal, H. and Patrick-Miller, L. (1995). Negative affect relates to cross-sectional but not longitudinal symptom reporting: data from elderly adults. *Health Psychology*, 15: 282-8.
- Digiusto, E. and Bird, K. D. (1995). Matching smokers to treatment: self-control versus social support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63: 290-295.
- Dijkstra, P. U., Geertzen, J. H., Stewart, R. and van der Schans, C. P. (2002). Phantom pain and risk factors: a multivariate analysis. *Journal of Pain Symptom Management*, 24: 578-85.
- Dillay, J. W., McFarland, W., Woods, W. J., Sabatino, J., Lihatsch, T., Adler, B., Swig, L. and Dark, T. (2002). Thoughts associated with unprotected anal intercourse among men at high risk in San Francisco 1997-1999. *Psychology and Health*, 17: 235-46.
- DiMatteo, R. (2004). The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimes. *Patient Education and Counselling*, 55: 339-44.
- DiMatteo, R. M., Lepper, H. D. and Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for non-compliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160: 2101-7.
- Dimigen, G. and Ferguson, K. (1993). An investigation into the relationship of children's cognitive development and their concepts of illness. *Psychologia*, 36: 97-102.
- Ditto, P. H., Druley, J. A., Moore, K. A. *et al.* (1996). Fates worse than death: the role of valued life activities in health state evaluations. *Health Psychology*, 15: 332-43.
- Ditto, T. T. and Jemmott, J. B., III (1989). From rarity to evaluative extremity: effects of prevalence information on evaluations of positive and negative characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57: 16-26.
- Dodds, J. and Mercey, D. (2002). *London Gay Men's Survey: 2001 Results*. London: Department of STDs, Royal Free and University College Medical School.
- Dodds, J. P., Mercey, D. E., Parry, J. V. and Johnson, A. M. (2004). Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sexually Transmitted Infections*, 80: 236-40.
- Dohrenwend, B. S. and Dohrenwend, B. P. (1982). Some issues in research on stressful life events. In T. Millon, C. Green and R. Meagher (eds.), *Handbook of Clinical Health Psychology*, New York: Plenum.
- Doll, R. and Hill, A. B. (1954). The mortality of doctors in relation to their smoking habits: a preliminary report. *British Medical Journal*, 1: 1451-5.
- Doll, R. and Peto, R. (1981). *The Cause of Human Cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- Doll, R., Peto, R., Hall, E. and Gray, R. (1994). Mortality in relation to consumption of alcohol: 13 years observation on male British doctors. *British Medical Journal*, 309: 911-18.
- Dooley, D., Fielding, J. and Levi, L. (1996). Health and unemployment. *Annual Review of Public Health*, 17: 449-65.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: the need for a new approach. *British Medical Journal*, 323: 1061-3.
- Droomers, M., Schrijvers, C. T. M. and Mackenbach, J. P. (2002). Why do lower educated people continue smoking? Explanations from the longitudinal GLOBE study. *Health Psychology*, 21: 263-72.
- Drossaert, C. H., Boer, H. and Seydel, E. R. (1996). Health education to improve repeat participation in the Dutch breast cancer screening programme: evaluation of a leaflet tailored to previous participants. *Patient Education and Counselling*, 8: 121-31.
- Duffy, L. C., Zielezny, M. A., Marshall, J. R., Byers, T. E., Weiser, M. M., Phillips, M. D., Calkins, B. M., Ogra, P. L. and Graham, S. (1991). Relevance of major stress events as an indicator of disease

- se activity prevalence in inflammatory bowel disease. *Behavioral Medicine*, fall: 101-10.
- Dunbar-Jacob, J., Burke, L. E. and Pucznski, S. (1995). Clinical assessment and management of adherence to medication regimens. In P. M. Niccassio and T. W. Smith (eds.), *Managing Chronic Illness: A Biopsychosocial Perspective*. Washington: American Psychological Association.
- Dutta-Bergman, M. J. (2003). A descriptive narrative of healthy eating: a social marketing approach using psychographics in conjunction with interpersonal, community, mass media and new media activities. *Health Marketing Quarterly*, 20: 81-101.
- Dusseldorp, E., van Elderen, T., Maes, S., Meulman, J. and Kraaij, V. (1999). A meta-analysis of psychoeducational programs for coronary heart disease patients. *Health Psychology*, 18: 506-19.
- Dzewaltowski, D. A. (1989). Toward a model of exercise motivation. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 11: 251-69.
- Eagly, A. H. and Chaiken, S. (1993). *The Psychology of Attitudes*. Orlando, Fla: Harcourt Brace Jovanovich.
- Echabe, A. E., Guillen, C. S. and Ozamiz, J. A. (1992). Representations of health, illness and medicines: coping strategies and health promoting behaviour. *British Journal of Clinical Psychology*, 31: 339-49.
- Echteld, M. A., Maes, S. and van Elderen, T. M. T. (1998). Predictors of quality of life in PTCA? patients: avoiding stressors increases quality of life. In R. Schwarzer (ed.), *Advances in Health Psychology Research*. Berlin: Berlin Free University. [* percutaneous transluminal coronary angioplasty]
- Echteld, M. A., van Elderen, T. M. T. and van der Kamp, L. J. T. (2001). How goal disturbance, coping and chest pain relate to quality of life: a study among patients waiting for PTCA. *Quality of Life Research*, 10: 487-501.
- Edelmann, R. (1999). *Psychosocial aspects of the health care process*. Harlow: Prentice Hall.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T., Casswell, S., Ferrence, N., et al., (1994) *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford: Oxford University Press.
- Edwards, W. (1954). The theory of decision making. *Psychological Bulletin*, 51: 380-417.
- Egan, G. (1998). *The Skilled Helper: Models, Skills, and Methods for Effective Helping*. Monterey, Calif. : Brooks/Cole.
- Egan, G. (2001). *The Skilled Helper: A Problem-Management and Opportunity-Development Approach to Helping*. Wadsworth.
- Eiser, C. (1985). *The Psychology of Childhood Illness*. New York: Springer Verlag.
- Eiser, C. and Havermans, T. (1992). Mothers' and fathers' coping with chronic childhood disease. *Psychology and Health*, 7: 249-57.
- Eiser, C. and Morse, R. (2001). The measurement of quality of life in children: past and future perspectives. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22: 248-56.
- Eiser, C., Patterson, D. and Tripp, J. H. (1984). Diabetes and developing knowledge of the body. *Archives of Disease in Childhood*, 59: 167-9.
- Eiser, J. R. (1996). Reconnecting the individual and the social in health psychology. *Psychology and Health*, 11: 605-18.
- Eiser, J. R., Eiser, C. and Pauwels, C. (1993). Skin cancer: assessing perceived risk and behavioral attitudes. *Psychology and Health*, 8: 393-404.
- Ellis, A. (1977). The basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis and R. Grieger (eds.), *Handbook of Rational-Emotive Therapy*. New York: Springer Verlag.
- Elmer, P. J., Grimm, R., Jr, Laing, B., Grandits, G., Svendsen, K., Van Heel, N., Betz, E., Raines, J., Link, M. and Stamler, J. (1995). Lifestyle intervention: results of the Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). *Preventive Medicine*, 24: 378-88.
- Elstein, A. S. and Schwarz, A. (2002). Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *British Medical Journal*, 324: 729-32.
- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P. and Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, 50: 892-9.
- Ely, J. W., Levinson, W., Elder, N. C., Mainous, A. G., III and Vinson, D. C. (1995). Perceived causes of family physicians' errors. *Journal of Family Practice*, 40: 337-44.
- Endler, N. S. and Parker, J. D. A. (1993). The multi-dimensional assessment of coping: Concepts, issues, measurement. In G. L. Van Heck, P. Bonaiuto, I. J. Deary and W. Nowack (eds.), *Personality Psychology in Europe*, Vol. 4. Netherlands: Tilburg University Press.
- Endler, N. S., Parker, J. D. A. and Summerfeldt, L. J. (1998). Coping with health problems: develop-

- ping a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10: 195-205.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196: 129-36.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137: 535-44.
- Epstein, R. M., Quill, T. E. and McWhinney, I. R. (1999). Somatization reconsidered: incorporating the patient's experience of illness. *Archives of Internal Medicine*, 159: 215-22.
- Eriksen, H. R., Ihlebaek, C., Mikkelsen, A., Gronningsaeter, H., Sandal, G. M. and Ursin, H. (2002). Improving subjective health at the work-site: a randomized controlled trial of stress management training, physical exercise and an integrated health programme. *Occupational Medicine*, 52: 383-91.
- Eriksen, J., Jensen, M. K., Sjogren, P., Ekholm, O. and Rasmussen, N. K. (2003). Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. *Pain*, 106: 221-8.
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle. *Psychological Issues*, 1: 1-171.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the Life Cycle: A Reissue*. New York: W. W. Norton.
- Erikson, E. H., Erikson, J. M. and Kivnick, H. Q. (1986). *Vital Involvement in Old Age: The Experience of Old Age in Our Time*. New York: W. W. Norton.
- Esterling, B. A., Kiecolt-Glaser, J. K. and Glaser, R. (1996). Psychosocial modulation of cytokine induced natural killer cell activity in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 58: 264-72.
- Esterling, B. A., L'Abate, L., Murray, E. J. and Pennebaker, J. W. (1999). Empirical foundations for writing in prevention and psychotherapy: mental and physical health outcomes. *Clinical Psychology Review*, 19: 79-96.
- European Commission (1999). *A Pan-EU Survey of Consumer Attitudes to Physical Activity, Body Weight and Health*. Luxembourg: EC. DGV/F. 3.
- Euroqol Group (1990). Euroqol: a new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy*, 16: 199-208.
- Evans, D. and Norman, P. (2002). Improving pedestrian road safety among adolescents: an application of the theory of planned behaviour. In D. Rutter and L. Quine (eds.), *Changing Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- Evans, R. L. and Bishop, D. S. (1990). Psychosocial outcomes in stroke survivors. *Stroke*, 21 (suppl. II): II-48-II-49.
- Evans, S., Fishman, B., Spielman, L. and Haley, A. (2003). Randomized trial of cognitive behaviour therapy versus supportive psychotherapy for HIV-related peripheral neuropathic pain. *Psychosomatics*, 44: 44-50.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Jacobs, J. W. and Bijlsma, J. W. (2003). Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 1295-310.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., van Riel, P. L. and de Jong, A. J. (2002). Tailored cognitive-behavioural therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: a randomized controlled trial. *Pain*, 100: 141-53.
- Everson, S. A., Goldberg, D. E., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Pukkala, E., Tuomilehto, J. and Salonen, J. T. (1996). Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosomatic Medicine*, 58: 113-24.
- Everson, S. A., McKey, B. S. and Lovallo, W. R. (1995). Effects of trait hostility on cardiovascular responses to harassment in young men. *International Journal of Behavioral Medicine*, 2: 172-91.
- Expert Group (2004). Research in the behavioural and social sciences to improve cancer control and care: a strategy for development. *European Journal of Cancer*, 40: 316-25.
- Eysenck, H. J. (1970). *The Structure of Human Personality*, 3rd edn. London: Methuen.
- Eysenck, H. J. (1982). *Personality, Genetics and Behaviour*. New York: Praeger.
- Eysenck, H. J. (1991). Dimensions of personality: 16, 5, or 3? Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, 12: 773-90.
- Eysenck, H. J. and Grossarth-Maticek, R. (1989). Prevention of cancer and coronary heart disease and the reduction in the cost of the National Health Service. *Journal of Social, Political and Economic Studies*, 14: 25-47.
- Faller, H. and Bülzebruck, H. (2002). Coping and survival in lung cancer: a 10-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 159: 2105-7.
- Fallowfield, L. J., Hall, A., Maguire, G. P. and Baum, M. (1990). Psychological outcomes of different treatment policies in women with early

- breast cancer outside a clinical trial. *British Medical Journal*, 301: 575-80.
- Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A. and Eves, R. (2002). Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 359: 650-6.
- Family Heart Study Group (1994). Randomised controlled trial evaluating cardiovascular screening and intervention in general practice: principal results of British family heart study. *British Medical Journal*, 308: 313-20.
- Farber, N. J., Urban, S. Y., Collier, V. U., Weiner, J., Polite, R. G., Davis, E. B. and Boyer, E. G. (2002). The good news about giving bad news to patients. *Journal of General Internal Medicine*, 17: 914-22.
- Farooqi, I. S., Jebb, S. A., Langmack, G., Lawrence, E., Cheetham, C. H., Prentice, A. M., Hughes, I. A., McCamish, M. A. and O'Rahilly, S. (1999). Effects of recombinant leptin therapy in a child with congenital leptin deficiency. *New England Journal of Medicine*, 341: 879-84.
- Farquhar, J., Fortmann, S., Flora, J., Taylor, B., Haskell, W., Williams, P., Maccoby, N. and Wood, P. (1990a). Effects of community-wide education on cardiovascular disease risk factors. *Journal of the American Medical Association*, 264: 359-65.
- Farquhar, J. W., Fortmann, S. P., Flora, J. A., Taylor, C. B., Haskell, W. L., Williams, P. T., Maccoby, N. and Wood, P. D. (1990b). Effects of community-wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. *Journal of the American Medical Association*, 264: 359-65.
- Farquhar, J., Maccoby, N. and Wood, P. (1977). Community education for cardiovascular disease. *The Lancet*, 1: 1192-5.
- Faulkner, A. (1998). *When the News is Bad*. Cheltenham: Stanley Thorne.
- Faulkner, A., Argent, J., Jones, A. and O'Keeffe, C. (1995). Improving the skills of doctors in giving distressing information. *Medical Education*, 29: 303-7.
- Fauerbach, J. A., Lawrence, J. W., Haythornthwaite, J. A. and Richter, L. (2002). Coping with the stress of a painful medical procedure. *Behaviour Research and Therapy*, 40: 1003-15.
- Fawzy, F. I., Canada, A. L. and Fawzy, N. W. (2003). Malignant melanoma: effects of a brief, structured psychiatric intervention on survival and recurrence at 10-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 60: 100-3.
- Fawzy, F. I. and Fawzy, N. W. (1998). Psychoeducational interventions. In J. Holland (ed.), *Textbook of Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Fawzy, F. I., Fawzy, N. W., Hyun, C. S., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. L. and Morton, D. L. (1993). Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, 50: 681-9.
- Feldman, P. J., Cohen, S., Doyle, W. J., Skoner, D. and Gwaltney, J. M., Jr (1999). The impact of personality on the reporting of unfounded symptoms and illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77: 370-8.
- Felsten, G. (2004). Stress reactivity and vulnerability to depressed mood in college students. *Personality and Individual Differences*, 36: 789-800.
- Fenton, K. A., Korovessis, C., Johnson, A. M., McCadden, A., McManus, S., Wellings, K., Mercer, C. H., Carder, C., Copas, A. J., Nanchahal, K., Macdowall, W., Ridgeway, G., Field, J. and Erens, B. (2001). Sexual behaviour in Britain: reported sexually transmitted infections and prevalence of genital *Chlamydia trachomatis* infection. *The Lancet*, 358: 1851-4.
- Ferrie, J. E., Martikainen, P., Shipley, M. J., Marmot, M. G. and Smith, G. D. (2001). Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 322: 647.
- Ferro, J. M. and Crespo, M. (1994). Prognosis after transient ischemic attack and ischemic stroke in young adults. *Stroke*, 25: 1611-16.
- Ferruci, L., Baldasseroni, S., Bandinelli, D., De Alfieri, W., Cartei, A., Calvani, D., Baldini, A., Messori, G. and Marchionni, N. (2000). Disease severity and health-related quality of life across different chronic conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48: 1490-95.
- Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- Figueiras, M. J. and Weinman, J. (2003). Do similar patient and spouse perceptions of myocardial infarction predict recovery? *Psychology and Health*, 18: 201-16.
- Filakti, H. and Fox, J. (1995). Differences in mortality by housing tenure and by car access from the OPCS Longitudinal Study. *Population Trends*, 81: 27-30.

- Fine, P. G., Roberts, W. J., Gillette, R. G. and Child, T. R. (1994). Slowly developing placebo responses confound tests of intravenous phentolamine to determine mechanisms underlying idiopathic chronic low back pain. *Pain*, 56: 235-42.
- Finnegan, J. R., Jr, Meischke, H., Zapka, J. G., Leviton, L., Meshack, A., Benjamin-Garner, R., Estabrook, B., Hall, N. J., Schaeffer, S., Smith, C., Weitzman, E. R., Raczynski, J. and Stone, E. (2000). Patient delay in seeking care for heart attack symptoms: findings from focus groups conducted in five U. S. regions. *Preventive Medicine*, 31: 205-13.
- Finnery, L. J. and Iannotti, R. J. (2002). Message framing and mammography screening: a theory-driven intervention. *Behavioral Medicine*, 28: 5-14.
- Fishbein, M. (1967). Attitude and the prediction of behavior. In M. Fishbein (ed.), *Readings in Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley.
- Fishbein, M. and Ajzen, I. (1985). *Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, Mass. : Addison-Wesley.
- Fisher, J. D., Bell, P. A. and Baum, A. (1984). *Environmental Psychology*, 2nd edn. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Fisher, K. and Johnston, M. (1996a). Emotional distress as a mediator of the relationship between pain and disability: an experimental study. *British Journal of Health Psychology*, 1: 207-18.
- Fisher, K. and Johnston, M. (1996b). Experimental manipulation of perceived control and its effect on disability. *Psychology and Health*, 11: 657-69.
- Fisher, K. and Johnston, M. (1998). Emotional distress and control cognitions as mediators of the impact of chronic pain on disability. *British Journal of Health Psychology*, 3: 225-36.
- Fiske, S. T. and Taylor, S. E. (1991). *Social Cognition*, 2nd edn. New York: McGraw-Hill.
- Fleishman, J. A., Sherbourne, C. D., Cleary, P. D., Wu, A. W., Crystal, S. and Hays, R. D. (2003). Patterns of coping among persons with HIV infection: configurations, correlates, and change. *American Journal of Community Psychology*, 32: 187-204.
- Fletcher, S. W., Black, W., Harris, R., Riner, B. K. and Shapiro, S. (1993). Report of the international workshop on screening for breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 85: 1644-56.
- Fletcher, S. W., Harris, R. P., Gonzalez, J. J., Degnan, D., Lannin, D. R., Strecher, V. J., Pilgrim, C., Quade, D., Earp, J. A. and Clark, R. L. (1993). Increasing mammography utilization: a controlled study. *Journal of the National Cancer Institute*, 20: 112-20.
- Flor, H., Breitenstein, C., Birbaumer, N. and Fuerst, M. (1995). A psychophysiological analysis of spouse solicitousness towards pain behaviours, spouse interaction and physical consequences. *Behavior Therapy*, 26: 255-72.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. and Murdock, T. B. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive and behavioural procedures and counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 715-23.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46: 839-52.
- Folkman, S. and Chesney, M. (1995). Coping with HIV infection. In M. Stain and A. Baum (eds.), *Chronic Diseases. Perspectives in Behavioral Medicine*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Folkman, S. and Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, Calif. : Consulting Psychologists Press.
- Folkman, S. K. and Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55: 647-54.
- Food Standards Agency (2000). *National Diet and Nutrition Survey: Young People Aged 4-18 Years*. London: Stationery Office.
- Ford, S., Fallowfield, L. and Lewis, S. (1996). Doctor-patient interactions in oncology. *Social Science and Medicine*, 42: 1511-19.
- Ford, S., Schofield, T. and Hope, T. (2003). What are the ingredients for a successful evidence-based patient choice consultation? A qualitative study. *Social Science and Medicine*, 56: 589-602.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioural Methods for Chronic Pain and Illness*. St Louis: Mosby.
- Fordyce, W. E. (1982). The modification of avoidance learning in pain behaviors. *Journal of Behavioral Medicine*, 5: 405-14.
- Fordyce, W. E. (1986). Learning processes in pain. In R. A. Sternbach (ed.), *The Psychology of Pain*, 2nd edn. New York: Raven Press.
- Forsberg-Wärleby, G., Möller, A. and Blomstrand, C. (2001). Spouses of first-ever stroke patients: psychological well-being in the first phase after stroke. *Stroke*, 32: 1646-56.
- Forwell, G. D. (1993). *Glasgow's Health: Old Problems – New Opportunities*. A report by the Di-

- rector of Public Health. Glasgow: Department of Public Health.
- Fournier, M., de Ridder, D. and Bensing, J. (2002). Optimism and adaptation to chronic disease: the role of optimism in relation to self-care options in type 1 diabetes mellitus, rheumatoid arthritis and multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology*, 7: 409-32.
- Franzkowiak, P. (1987). Risk taking and adolescent development. *Health Promotion*, 2: 51-60.
- Frasure-Smith, N. (1991). In-hospital symptoms of psychological stress as predictors of long-term outcome after acute myocardial infarction in men. *American Journal of Cardiology*, 67: 121-7.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M., Talajic, M. and Bourassa, M. G. (2000). Social support, depression, and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*, 101: 1919-24.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Gravel, G., Masson, A., Juneau, M. and Bourassa, M. G. (2002). Long-term survival differences among low-anxious, high-anxious and repressive copers enrolled in the Montreal heart attack re-adjustment trial. *Psychosomatic Medicine*, 64: 571-9.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., Prince, R. H., Verrier, P., Garber, R. A., Juneau, M., Wolfson, C. and Bourassa, M. G. (1997). Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *The Lancet*, 350: 473-9.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F. and Talajic, M. E. (1995). Coronary heart disease/myocardial infarction: depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*, 91: 999-1005.
- Frasure-Smith, N. and Prince, R. (1985). The ischemic heart disease life stress monitoring program: impact on mortality. *Psychosomatic Medicine*, 47: 431-45.
- Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2: 300-19.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56: 218-26.
- Fredrickson, M. and Matthews, K. A. (1990). Cardiovascular responses to behavioral stress and hypertension: a meta-analytic review. *Annals of Behavioral Medicine*, 12: 30-9.
- Freedland, K. E., Carney, R. M., Hance, M. L. and Skala, J. A. (1996). Cognitive therapy for depression in patients with coronary artery disease. *Psychosomatic Medicine*, 58: 93.
- Freidson, E. (1961). *Patients' Views of Medical Practice*. New York: Russell Sage Foundation.
- French, D. P., Senior, V., Weinman, J. and Marteau, T. (2001). Causal attributions for heart disease. *Psychology and Health*, 16: 77-98.
- French, D. P., Marteau, T., Senior, V. and Weinman, J. (2002). The structure of beliefs about the causes of heart attack: a network analysis. *British Journal of Health Psychology*, 7: 463-79.
- French, J. R. P., Jr, Caplan, R. D. and Van Harrison, R. (1982). *The Mechanisms of Job Stress and Strain*. Chichester, Wiley.
- French, S. A., Perry, C. L., Leon, G. R. and Fulker, J. A. (1994). Weight concerns, dieting behaviour, and smoking initiation among adolescents: a prospective study. *American Journal of Public Health*, 84: 1818-20.
- Freud, S. and Breuer, J. (1895). Studies on hysteria. In J. Strachey (ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press.
- Friedman, H. S. (2003). Healthy life-style across the life-span: the heck with the Surgeon General! In J. Suls and K. A. Wallston (eds.), *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Malden, Mass. : Blackwell.
- Friedman, H. S. and Booth-Kewley, S. (1987). The 'disease-prone personality'. A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42: 539-55.
- Friedman, H. S., Tucker, J. S., Schwartz, J. E., Martin, L. R., Tomlinson-Keasey, C., Wingard, D. L. and Criqui, M. H. (1995). Childhood conscientiousness and longevity: health behaviors and cause of death. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68: 696-703.
- Friedman, M. and Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of American Medical Association*, 169: 1286-97.
- Friedman, M. and Rosenman, R. H. (1974). *Type A Behavior and Your Heart*. New York: A. A. Knopf.
- Friedman, M., Thoresen, C. E., Gill, J. J., Ulmer, D., Powell, L. H., Price, V. A., Brown, B., Thompson, L., Rabin, D. D. and Breall, W. S. (1986). Alteration of Type A behavior and its effect on cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: summary results of the Recurrent Coro-

- nary Prevention Project. *American Heart Journal*, 112: 653-65.
- Funk, S. C. (1992). Hardiness: a review of theory and research. *Health Psychology*, 11: 335-45.
- Furnham, A. (1990). The Type A behaviour pattern and perception of self. *Personality and Individual Differences*, 11: 841-51.
- Gadsby, J. G. and Flowerdew, M. W. (2000). Transcutaneous nerve stimulation and acupuncture-like transcutaneous nerve stimulation for chronic low back pain. In *The Cochrane Library*, issue 2. Oxford: Update Software.
- Galavotti, C., Pappas-DeLuca, K. A. and Lansky, A. (2001). Modeling and reinforcement to combat HIV: the MARCH approach to behavior change. *American Journal of Public Health*, 91: 1602-7.
- Gallacher, J. E. J., Hopkinson, C. A., Bennett, P., Burr, M. L. and Elwood, P. C. (1997). Effect of stress management on angina. *Psychology and Health*, 12: 523-32.
- Gander, P. H., Merry, A., Millar, M. M. and Weller, J. (2000). Hours of work and fatigue-related error: a survey of New Zealand anaesthetists. *Anaesthetics and Intensive Care*, 28: 178-83.
- Garratt, A., Schmidt, L., Mackintosh, A. M. and Fitzpatrick, R. (2002). Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *British Medical Journal*, 324: 1417-21.
- Gascoigne, P., Mason, M. D. and Roberts, E. (1999). Factors affecting presentation and delay in patients with testicular cancer: results of a qualitative study. *Psycho-Oncology*, 8: 144-54.
- Gauce, A. M., Comer, J. P. and Schwartz, D. (1987). Long-term effect of a systems orientated school prevention program. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57: 127-31.
- Gaughler, J. E., Davey, A., Pearlin, L. I. and Zarit, S. H. (2000). Modeling caregiver adaptation over time: the longitudinal impact of behaviour problems. *Psychology and Aging*, 15: 437-50.
- Gawande, A. A., Zinner, M. J., Studdert, D. M. and Brennan, T. A. (2003). Analysis of errors reported by surgeons at three teaching hospitals. *Surgery*, 133: 614-21.
- Gellert, G., Maxwell, R. M. and Siegel, B. S. (1993). Survival of breast cancer patients receiving adjunctive psychosocial support therapy: A 10-year follow-up study. *Journal of Clinical Oncology*, 11: 66-9.
- General Medical Council (2002). *Tomorrow's Doctors, Recommendations on Undergraduate Medical Education*. London: General Medical Council.
- Gerbert, B. (1984). Perceived likeability and competence of simulated patients: influence on physician's management plans. *Social Science and Medicine*, 18: 1053-60.
- German, J. B. and Walzem, R. L. (2000). The health benefits of wine. *Annual Review of Nutrition*, 20: 561-93.
- Gibson, D. R., Flynn, N. M. and Perales, D. (2001). Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion among injecting drug users. *AIDS*, 15: 1329-41.
- Gibson, P. G., Coughlan, J., Wilson, A. J., Abramson, M., Bauman, A. and Hensley, M. J. (2000). Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. *Cochrane Database Systematic Review*, 2: CD001005.
- Giese-Davis, J., Koopman, C., Butler, L. D., Classen, C., Cordova, M., Fobian, P., Benson, J., Kraemer, H. C. and Spiegel, D. (2002). Change in emotion-regulation strategy for women with metastatic breast cancer following supportive-expressive group therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70: 916-25.
- Gifford, A. L., Laurent, D. D., Gonzales, V. M., Chesney, M. and Lorig, K. R. (1998). Pilot randomized trial of education to improve self-management skills of men with symptomatic HIV/AIDS. *Retrovirology*, 18: 136-44.
- Gil, K. M., Keefe, F. J., Crisson, J. E. and VanDalfsen, P. J. (1987). Social support and pain behavior. *Pain*, 29: 209-17.
- Gil, K. M., Williams, D. A., Keefe, F. J. and Beckham, J. C. (1990). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavior Therapy*, 21: 349-62.
- Gill, P., Kaur, J. S., Rummans, T., Novotny, P. J. and Sloan, J. A. (2003). The hospice patient's primary caregiver. What is their quality of life? *Journal of Psychosomatic Research*, 55: 445-51.
- Gillam, S., Jarman, B., White, P. and Law, R. (1989). Ethnic differences in consultation rates in urban general practice. *British Medical Journal*, 299: 953-7.
- Gillies, P. A. (1991). HIV infection, alcohol and illicit drugs. *Current Opinion in Psychiatry*, 4: 448-53.
- Ginandes, C., Brooks, P., Sando, W., Jones, C. and Aker, J. (2003). Can medical hypnosis accelerate

- post-surgical wound healing? Results of a clinical trial. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45: 333-51.
- Glanz, K., Grove, J., Lerman, C., Gotay, C. and Le Marchand, L. (1999). Correlates of intentions to obtain genetic counseling and colorectal cancer gene testing among at-risk relatives from three ethnic groups. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 8: 329-36.
- Glanz, K., Lankenau, B., Foerster, S., Temple, S., Mullis, R. and Schmid, T. (1995). Environmental and policy approaches to cardiovascular disease prevention through nutrition: opportunities for state and local action. *Health Education Quarterly*, 22: 512-27.
- Glaser, R., Rice, J., Sheridan, J., Fertel, R., Stout, J., Speicher, C., Pinsky, D., Kotur, M., Post, A., Beck, M. and Kiecolt-Glaser, J. (1987). Stress-related immune suppression: health implications. *Brain, Behavior and Immunity*, 1: 7-20.
- Glasgow, R. E., Boles, S. M., McKay, H. G. and Barrera, M. (2003). The D-Net diabetes self-management program: long-term implementation, outcomes, and generalization results. *Preventive Medicine*, 36: 410-19.
- Glasgow, R. E., Hollis, J. F., Ary, D. V. and Boles, S. M. (1993). Results of a year-long incentives based worksite smoking cessation program. *Addictive Behaviors*, 18: 209-16.
- Glasgow, R. E., Toobert, D. J. and Hampson, S. E. (1996). Effects of a brief office-based intervention to facilitate diabetes dietary self-management. *Diabetes Care*, 19: 835-42.
- Glenister, D. (1996). Exercise and mental health: a review. *Journal of the Royal Society of Health*, 116: 7-13.
- Glenton, C. (2002). Developing patient-centred information for back pain sufferers. *Health Expectations*, 5: 319-29.
- Goddard, M. and Smith, P. (1998). *Equity of Access to Health Care*. York: University of York.
- Godfrey, C. (1990). Modelling demand. In A. Maynard and P. Tether (eds.), *Preventing Alcohol and Tobacco Problems*. 1. Avebury: ESRC.
- Godin, G., Gagné, C., Maziade, J., Moreault, L., Beaulieu, D. and Morel, S. (2001). Breast cancer: the intention to have a mammography and a clinical breast examination – application of the theory of planned behavior. *Psychology and Health*, 16: 423-41.
- Godin, G. and Kok, G. (1996). The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviours. *American Journal of Health Promotion*, 11: 87-98.
- Godin, G., Lambert, L.-D., Owen, N., Nolin, B. and Prud'homme, D. (2004). Stages of motivational readiness for physical activity: a comparison of different algorithms of classification. *British Journal of Health Psychology*, 9: 253-67.
- Godin, G. and Shephard, R. J. (1986). Normative beliefs of school children concerning regular exercise. *Journal of School Health*, 54: 443-5.
- Godin, G., Valois, P., Lepage, L. and Desharnais, R. (1992). Predictors of smoking behaviour – an application of Ajzen's theory of planned behaviour. *British Journal of Addiction*, 87: 1335-43.
- Goldberg, D. (1997). *General Health Questionnaire (GHQ-12)*. Windsor: NFER-Nelson.
- Goldberg, D. and Williams, P. (1988). *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.
- Goldberg, L. R. and Strycker, L. A. (2002). Personality traits and eating habits: the assessment of food preferences in a large community sample. *Personality and Individual Differences*, 32: 49-65.
- Goldberg, R. J., Steg, P. G., Sadiq, I., Granger, C. B., Jackson, E. A., Buda, J. A., Brieger, D., Avezum, A. and Goodman, S. (2002). Extent of, and factors associated with, delay to hospital presentation in patients with acute coronary disease (the GRACE registry). *American Journal of Cardiology*, 89: 791-6.
- Goldman, S. L., Whitney-Saltiel, D., Granger, J. and Rodin, J. (1991). Children's representations of 'everyday' aspects of health and illness. *Journal of Pediatric Psychology*, 16: 747-66.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievements: the role of intentions. In E. T. Higgins and R. M. Sorrentino (eds.), *Handbook of Motivation and Cognition: Foundations of Social Behaviour*, Vol. 2. New York: Guilford Press.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54: 493-503.
- Gollwitzer, P. M. and Brandstätter, V. (1997). Implementation intentions and effective goal pursuit. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73: 186-99.
- Gollwitzer, P. M. and Oettingen, G. (1998). The emergence and implementation of health goals. *Psychology and Health*, 13: 687-715.
- Gollwitzer, P. M. and Oettingen, G. (2000). The emergence and implementation of health goals, In: P. Norman and C. Abraham (eds.), *Unders-*

- tanding and changing health behaviour: From health beliefs to self regulation* (229-60). Amsterdam: Harwood Academic Press.
- Gollwitzer, P. M. and Schaal, B. (1998). Metacognition in action: the importance of implementation intentions. *Personality and Social Psychology Review*, 2: 124-36.
- Gomel, M., Oldenburg, B., Simpson, J. M. and Owen, N. (1993). Work-site cardiovascular risk reduction: a randomized trial of health risk assessment, education, counseling, and incentives. *American Journal of Public Health*, 83: 1231-8.
- Goode, K. T., Haley, W. E., Roth, D. L. and Ford, G. R. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: a stress process model. *Health Psychology*, 17: 190-8.
- Goodkin, K., Feaster, D. J., Asthana, D., Blaney, N. T., Kumar, M., Baldewicz, T., Tuttle, R. S., Maher, K. J., Baum, M. K., Shapshak, P. and Fletcher M. A. (1998). A bereavement support group intervention is longitudinally associated with salutary effects on the CD4 cell count and number of physician visits. *Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology*, 5: 382-91.
- Goodkin, K., Baldewicz, T. T., Asthana, D., Khamis, I., Blaney, N. T., Kumar, M., Burkhalter, J. E., Leeds, B. and Shapshak, P. (2001). A bereavement support group intervention affects plasma burden of human immunodeficiency virus type 1. Report of a randomized controlled trial. *Journal of Human Virology*, 4: 44-54.
- Goodwin, D., Boggs, S. and Graham-Pole, J. (1994). Development and validation of the Pediatric Oncology Quality of Life Scale. *Psychological Assessment*, 6: 321-8.
- Goodwin, P. J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H., Drysdale, E., Hundley, M., Chochinov, H. M., Navarro, M., Specia, M. and Hunter, J. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 345: 1719-26.
- Goyder, E. C., McNally, P. G. and Botha, J. L. (2000). Inequalities in access to diabetes care: evidence from a historical cohort study. *Quality in Health Care*, 9: 85-9.
- Graham, H. (1994). Gender and class as dimensions of smoking behaviour in Britain: insights from a survey of mothers. *Social Science and Medicine*, 38: 691-8.
- Graham, J., Ramirez, A., Love, S., Richards, M. and Burgess, C. (2002). Stressful life experiences and risk of relapse of breast cancer: observational cohort study. *British Medical Journal*, 324: 1420-3.
- Greco, P., Pendley, J. S., McDonell, K. and Reeves, G. (2001). A peer group intervention for adolescents with type 1 diabetes and their best friends. *Journal of Pediatric Psychology*, 26: 485-90.
- Green, B. L., Rowland, J. H., Krupnick, J. L., Epstein, S. A., Stockton, P., Stern, N. M., Spertus, I. L. and Steakley, C. (1998). Prevalence of post-traumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*, 39: 102-11.
- Green, C. R., Baker, T. A., Sato, Y., Washington, T. L. and Smith, E. M. (2003). Race and chronic pain: a comparative study of young black and white Americans presenting for management. *Journal of Pain*, 4: 176-83.
- Greenwood, C. R., Carta, J. J. and Kamps, D. (1990). Teacher versus peer-mediated instruction: a review of educational advantages and disadvantages. In H. Foot, M. Morgan and R. Shute (eds.), *Children Helping Children*. Chichester: Wiley.
- Greenwood, D. C., Muir, K. R., Packham, C. J. and Madeley, R. J. (1996). Coronary heart disease: a review of the role of psychosocial stress and social support. *Journal of Public Health Medicine*, 18: 221-31.
- Greer, S. (1999). Mind-body research in psychooncology. *Advances in Mind-Body Medicine*, 15: 236-81.
- Greer, S., Morris, T. and Pettingale, K. (1979). Psychological responses to breast cancer: effect on outcome. *The Lancet*, 2: 940-9.
- Greer, S., Morris, T., Pettingale, K. and Haybittle, J. (1990). Psychological response to breast cancer and 15 year outcome. *The Lancet*, 335: 49-50.
- Grey, M., Boland, E. A., Davidson, M., Li, J. and Tamborlane, W. V. (2000). Coping skills training for youths with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *Journal of Pediatrics*, 137: 107-13.
- Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E. and Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53: 1053-60.
- Griva, K., Myers, L. B. and Newman, S. (2000). Illness perceptions and self-efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology and Health*, 15: 733-50.

- Grodstein, F., Chen, J. and Willett, W. C. (2003). High-dose antioxidant supplements and cognitive function in community-dwelling elderly women. *American Journal of Clinical Nutrition*, 77: 975-84.
- Grossarth-Maticek, R., Bastiaans, J. and Kanazin, D. T. (1985). Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischemic heart disease and stroke: the Yugoslav prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 29: 167-76.
- Grundy, E. and Bowling, A. (1999). Enhancing the quality of extended life years. Identification of the oldest old with a very good and very poor quality of life. *Aging and Mental Health*, 3: 199-212.
- Grunfeld, E. A., Hunter, M. S., Ramirez, A. J. and Richards, M. A. (2003). Perceptions of breast cancer across the lifespan. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 141-6.
- Gudmundsdottir, H., Johnston, M., Johnston, D. and Foulkes, J. (2001). Spontaneous, elicited and cued causal attributions in the year following a first myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 6: 81-96.
- Gulland, A. (2002). BMA steps up call for ban on smoking in public places. *British Medical Journal*, 325: 1058.
- Guthrie, R. M. (2001). The effects of postal and telephone reminders on compliance with pravastatin therapy in a national registry: results of the first myocardial infarction risk reduction program. *Clinical Therapeutics*, 23: 970-80.
- Haan, M. H. (2003). Can vitamin supplements prevent cognitive decline and dementia in old age? (editorial). *American Journal of Clinical Nutrition*, 77: 762-3.
- Haan, M. N. and Kaplan, G. A. (1985). The contribution of socio-economic position to minority health. In M. Heckler (ed.), *Report of the Secretary's Task Force on Black and Minority Health: Crosscutting Issues in Health and Human Services*. Washington: US DHHS.
- Haberman, D. and Bloomfield, D. S. F. (1988). Social class differences in mortality in Great Britain around 1981. *Journal of the Institute of Actuaries*, 115: 495-517.
- Habra, M. E., Linden, W., Anderson, J. C. and Weinberg, J. (2003). Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 55: 235-45.
- Hagedoorn, M., Sanderma, R., Buunk, B. P. and Wobbes, T. (2002). Failing in spousal caregiving: the 'identity-relevant stress' hypothesis to explain sex differences in caregiver distress. *British Journal of Health Psychology*, 7: 481-94.
- Hagger, M., Chatzisarantis, N., Biddle, S. J. H. and Orbell, S. (2001). Antecedents of children's physical activity intentions and behaviour: predictive validity and longitudinal effects. *Psychology and Health*, 16: 391-407.
- Hagger, M. S. and Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18: 141-84.
- Hakim, A. A., Petrovitch, H., Burchfield, C. M., Webster-Ross, G., Rodriguez, B. L., White, L. R., Yano, K., Curb, J. D. and Abbott, R. D. (1998). Effects of walking on mortality among non-smoking retired men. *New England Journal of Medicine*, 338: 94-9.
- Hale, G. (1996). The social construction of grief. In N. Cooper, C. Stevenson and G. Hale (eds.), *Integrating Perspectives on Health*. Buckingham: Open University Press.
- Halford, J. C. G. and Blundell, J. E. (2000). Serotonin drugs and the treatment of obesity. In T. G. Heffner and D. H. Lockwood (eds.), *Obesity: Pathology and Therapy*. Berlin: Springer Verlag.
- Hall, E. E., Ekkekakis, P. and Petruzzello, S. J. (2002). The affective beneficence of vigorous exercise revisited. *British Journal of Health Psychology*, 7: 47-66.
- Hall, J. A., Roter, D. L. and Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26: 657-75.
- Hall, J. A. and Roter, D. L. (2002). Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling*, 48: 217-24.
- Hall, S. and Marteau, T. M. (2003). Causal attributions following serious unexpected negative events: a systematic review. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22: 515-36.
- Hall, S. M., Tunstall, C., Rugg, D., Jones, R. T. and Benowitz, N. (1985). Nicotine gum and behavioral treatment in smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53: 256-8.
- Hallaråker, E., Arefjord, K., Havik, O. E. and Maeland, J. G. (2001). Social support and emotional adjustment during and after a severe life event: a study of wives of myocardial infarction patients. *Psychology and Health*, 16: 343-56.

- Halm, M., Penque, S., Doll, N. and Behrs, M. (1999). Women and cardiac rehabilitation: referral and compliance patterns. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 13: 83-92.
- Halstead, M. T. and Fernsler, J. I. (1994). Coping strategies of long-term cancer patients. *Cancer Nursing*, 17: 94-100.
- Hampson, S. E., Glasgow, R. E. and Toobert, D. J. (1990). Personal models of diabetes and their relation to self-care activities. *Health Psychology*, 9: 632-46.
- Hampson, S. E., Glasgow, R. E. and Zeiss, A. (1994). Personal models of osteoarthritis and their relation to self-management activities and quality of life. *Journal of Behavioural Medicine*, 17: 143-58.
- Han, K. S. (2002). The effect of an integrated stress management program on the psychologic and physiologic stress reactions of peptic ulcer in Korea. *International Journal of Nursing Studies*, 39: 539-48.
- Hanson, R. W. and Gerber, K. E. (1990). *Coping with Chronic Pain. A Guide to Patient Self-management*. New York: Guilford Press.
- Harburg, E. J. C., Chape, C., Erfurt, J. C., Hauenstein, L. S., Schull, W. J. and Schork, M. A. (1973). Socioecological stressor areas and black and white blood pressure: Detroit. *Journal of Chronic Disease*, 26: 595-611.
- Harcourt, D., Ambler, N., Rumsey, N. and Cawthorn, S. J. (1998). Evaluation of a one-stop breast lump clinic: a randomised controlled trial. *The Breast*, 7: 314-19.
- Harding, S. and Maxwell, R. (1997). Differences in mortality of migrants. In F. Drever and M. Whitehead (eds.), *Health Inequalities: Decennial Supplement*. London: HMSO.
- Härkäpää, K., Järvikoski, A., Mellin, G., Hurri, H. and Luoma, J. (1991). Health locus of control beliefs and psychological distress as predictors for treatment outcome in low-back pain patients: results of a 3-month follow-up of a controlled intervention study. *Pain*, 46: 35-41.
- Harland, J., White, M., Drinkwater, C., Chinn, D., Farr, L. and Howel, D. (1999). The Newcastle exercise project: a randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *British Medical Journal*, 319: 828-32.
- Harris, D. M. and Guten, S. (1979). Health-protective behaviour: an exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20: 17-29.
- Harris, P. and Middleton, W. (1994). The illusion of control and optimism about health: on being less at risk but no more in control than others. *British Journal of Social Psychology*, 33: 369-86.
- Harris, T., Ferrucci, L., Tracy, R., Corti, M., Wacholder, S., Ettinger, W. H., Jr, Hemovitz, H., Cohen, H. J. and Wallace, R. (1999). Associations of elevated interleukin-6 and C-reactive protein levels with mortality and the elderly. *American Journal of Medicine*, 106: 506-12.
- Harrison, J. A., Mullen, P. D. and Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the health belief model with adults. *Health Education Research, Theory and Practice*, 7: 107-16.
- Hart, C. L., Davey-Smith, G., Hole, D. J. and Hawthorne, V. M. (1999). Alcohol consumption and mortality from all causes, coronary disease, and stroke: results from a prospective cohort study of Scottish men with 21 years of follow-up. *British Medical Journal*, 318: 133-40.
- Hartford, K., Wong, C. and Zakaria, D. (2002). Randomized controlled trial of a telephone intervention by nurses to provide information and support to patients and their partners after elective coronary artery bypass graft surgery: effects of anxiety. *Heart and Lung*, 31: 199-206.
- Haste, H. (2004). *My Body, My Self: Young People's Values and Motives about Healthy Living*, Report 2. London: Nestlé Social Research Programme.
- Hatava, P., Olsson, G. L. and Lagerkranser, M. (2000). Preoperative psychological preparation for children undergoing ENT operations: a comparison of two methods. *Paediatric Anaesthesia*, 10: 477-86.
- Hathaway, D. (1986). Effect of preoperative instruction on postoperative outcomes: a meta-analysis. *Nursing Research*, 35: 269-75.
- Hausenblas, H. A. and Symons Downs, D. (2002). How much is too much? The development and validation of the Exercise Dependence Scale. *Psychology and Health*, 17: 387-404.
- Havik, O. E. and Maeland, J. G. (1988). Changes in smoking behavior after a myocardial infarction. *Health Psychology*, 7: 403-20.
- Hayes, J. and Morrison, V. (under review). Attitudes towards breaking bad news among junior doctors.
- Haynes, B. and Haines, A. (1998). Barriers and bridges to evidence-based clinical practice. *British Medical Journal*, 317: 273-6.

- Haynes, G. and Feinleib, M. (1980). Women, work, and coronary heart disease: prospective findings from the Framingham heart study. *American Journal of Public Health*, 70: 133-41.
- Haynes, R. B., McKibbin, A. and Kanani, R. (1996). Systematic review of randomized trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *The Lancet*, 384: 383-5.
- Haynes, S. G., Feinleib, M. and Kannel, W. B. (1980). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study. III. Eight year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 111: 37-58.
- Health Education Authority (1997). *Guidelines: Promoting Physical Activity with Black and Minority Ethnic Groups*. London: Health Education Authority.
- Health Education Authority (1998). *Young and Active? Policy Framework for Young People and Health – Enhancing Physical Activity*. London: Health Education Authority.
- Health Promotion Authority for Wales (1996). *Lifestyle Changes in Wales. Health in Wales Survey 1996*, Technical Report no. 27. Cardiff: Health Promotion Authority for Wales.
- Heather, N. and Robertson, I. (1997). *Problem Drinking*. Oxford: Oxford University Press.
- Heaven, C. M. and Maguire, P. (1998). The relationship between patients' concerns and psychological distress in a hospice setting. *Psycho-Oncology*, 7: 502-7.
- Heckhausen, H. (1991). *Motivation and Action*. Berlin: Springer Verlag.
- Heijmans, M. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 45: 39-51.
- Heijmans, M. and de Ridder, D. (1998). Structure and determinants of illness representation in chronic disease: a comparison of Addison's disease and chronic fatigue syndrome. *Journal of Health Psychology*, 3: 523-37.
- Heijmans, M., de Ridder, D. and Bensing, J. (1999). Dissimilarity in patients' and spouses' representations of chronic illness: explorations of relations to patient adaptation. *Psychology and Health*, 14: 451-66.
- Heim, E., Augustiny, K., Blaser, A. and Burki, C. (1987). Coping with breast cancer: a longitudinal prospective study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 48: 44-59.
- Hein, H. O., Suadicani, P. and Gyntelberg, F. (1992). Ischaemic heart disease incidence by social class and form of smoking: the Copenhagen male study – 17 years follow-up. *Journal of Internal Medicine*, 231: 477-83.
- Heine, S. J. and Lehman, D. R. (1995). Cultural variation in unrealistic optimism: does the West feel more invulnerable than the East? *Journal of Personality and Social Psychology*, 68: 595-607.
- Helder, D. I., Bakker, B., deHeer, P., van der Veen, F., Vossen, J. M. J. J., Wit, J. M. and Kaptein, A. A. (2004). Quality of life in adults following bone marrow transplantation during childhood. *Bone Marrow Transplantation*, 33: 329-336.
- Helman, C. (1978). Feed a cold starve a fever – folk models of infection in an English suburban community and their relation to medical treatment. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2: 107-37.
- Heloma, A. and Jaakola, M. S. (2003). Four-year follow-up of smoke exposure, attitudes and smoking behaviour following enactment of Finland's national smoke-free work-place law. *Addiction*, 98: 1111-17.
- Hemingway, H. and Marmot, M. (1999). Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: systematic review of prospective cohort studies. *British Medical Journal*, 318: 1460-7.
- Hendry, L. B. and Kloep, M. (2002). *Lifespan Development: Resources, Challenges, Risks*. London: Thomson Learning.
- Herbert, T. B. and Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55: 364-79.
- Herzlich, C. (1973). *Health and Illness: A Social Psychological Analysis*. London: Academic Press.
- Hewitt, D., McDonald, M., Portenoy, R., Rosenfield, B., Passik, S. and Breitbart, W. (1997). Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS patients. *Pain*, 70: 117-23.
- Higginson, I. J. and Carr, A. J. (2001). Using quality of life measures in the clinical setting. *British Medical Journal*, 322: 1297-300.
- Hinton, J. (1999). The progress of awareness and acceptance of dying assessed in cancer patients and their caring relatives. *Palliative Medicine*, 13: 19-35.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: a new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44: 513-24.
- Hobfoll, S. (1991). Traumatic stress: a theory based on rapid loss of resources. *Anxiety Research*, 4: 187-97.

- Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress processes: advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50: 337-421.
- Hobfoll, S. E., Jackson, A. P., Lavin, J., Britton, P. J. and Shepherd, J. B. (1994). Women's barriers to safer sex. *Psychology and Health*, 9: 233-52.
- Hobfoll, S. E. and Lilly, R. S. (1993). Conservation of resources; a new attempt at conceptualising stress. *American Psychologist*, 44: 513-24.
- Hodgson, S. and Maher, E. (1999). *A Practical Guide to Human Cancer Genetics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hogbin, B. and Fallowfield, L. (1989). Getting it taped: the 'bad news' consultation with cancer patients. *British Journal of Hospital Medicine*, 41: 330-3.
- Holland, J. C. and Goen-Piels, J. (2000). Principles of psycho-oncology. In J. C. Holland and E. Frei (eds.), *Psychological Care of the Patient with Cancer*. New York: Oxford University Press.
- Hollis, J. F., Connett, J. E., Stevens, V. J. and Greenlick, M. R. (1990). Stressful life events, Type A behaviour, and the prediction of cardiovascular disease and total mortality over six years. *Journal of Behavioral Medicine*, 13: 263-81.
- Holmes, T. H. and Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11: 213-18.
- Holmes, T. H. and Masuda, M. (1974). Life change and illness susceptibility. In B. S. Dohrenwend and B. P. Dohrenwend (eds.), *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*. New York: Wiley.
- Holroyd, K. A. and Lipchik, G. L. (1999). Psychological management of recurrent headache disorders: progress and prospects. In R. J. Gatchel and D. C. Turk (eds.), *Psychosocial Factors in Pain*. New York: Guilford Press.
- Holroyd, K. A., O'Donnell, F. J., Stensland, M., Lipchik, G. L., Cordingley, G. E. and Carlson, B. W. (2001). Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination. *Journal of the American Medical Association*, 285: 2208-15.
- Hooker, K., Monahan, D., Shifren, K. and Hutchinson, C. (1992). Mental and physical health of spouse caregivers: the role of personality. *Psychology and Aging*, 7: 367-75.
- Hooper, L., Bartlett, C., Davey-Smith, G. and Ebrahim, S. (2002). Systematic review of long-term effects of advice to reduce dietary salt in adults. *British Medical Journal*, 325: 628-32.
- Hoorens, V. and Buunk, B. P. (1993). Social comparisons of health risks: locus of control, the person-positivity bias, and unrealistic optimism. *Journal of Applied Social Psychology*, 23: 291-302.
- Hopwood, P. (1997). Psychological issues in cancer genetics: current research and future priorities. *Patient Education and Counselling*, 32: 19-31.
- Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: advances in theory and measurement. In K. J. Petrie and J. Weinman (eds.) *Perceptions of health and illness*. Chur: Harwood.
- Horne, P. J., Tapper, K., Lowe, C. F., Hardman, C. A., Jackson, M. C. and Woolner, J. (2004). Increasing children's fruit and vegetable consumption: a peer modelling and rewards-based intervention. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58: 1649-60.
- Horne, R. (1999). Patients' beliefs about treatment: the hidden determinant of treatment outcome? *Journal of Psychosomatic Research*, 47: 491-5.
- Horne, R. and Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47: 555-67.
- Horne, R. and Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventive medication. *Psychology and Health*, 17: 17-32.
- Hosking, S. G., Marsh, N. V. and Friedman, P. J. (1996). Post-stroke depression: prevalence, course and associated factors. *Neuropsychological Review*, 6: 107-33.
- House, A., Dennis, M., Mogridge, L., Warlow, C., Hawton, K. and Jones, L. (1991). Mood disorders in the year after first stroke. *British Journal of Psychiatry*, 2: 211-21.
- House, J. S. (1987). Chronic stress and chronic disease in life and work: conceptual and methodological issues. *Work and Stress*, 1: 129-34.
- House, J. S., Kessler, R., Herzog, A. R., Mero, R., Kinney, A. and Breslow, M. (1991). Social stratification, age, and health. In K. W. Scheie, D. Blazer and J. S. House (eds.), *Aging, Health Behaviours, and Health Outcomes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- House, J. S., Robbins, C. and Metzner, H. L. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective eviden-

- ce from the Tecumseh Community Health Study. *American Journal of Epidemiology*, 116: 123-40.
- Houston, B. K., Chesney, M. A., Black, G. W., Cates, D. S. and Hecker, M. H. L. (1992). Behavioral clusters and coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 54: 447-61.
- Houston, M. (2004). Commissioner denies plans for a Europe-wide smoking ban. *British Medical Journal*, 328: 544.
- Hu, F. B., Willett, W. C., Colditz, G. A., Ascherio, A., Speizer, F. E., Rosner, B., Hennekens, C. H. and Stampfer, M. J. (1999). Prospective study of snoring and risk of hypertension in women. *American Journal of Epidemiology*, 150: 806-16.
- Hu, F. B., Willett, W. C., Manson, J. E., Colditz, G. A., Rimm, E. B., Speizer, F. E., Hennekens, C. H. and Stampfer, M. J. (2000). Snoring and risk of cardiovascular disease in women. *Journal of the American College of Cardiology*, 35: 308-13.
- Hu, T.-W., Sung, H.-Y. and Keeler, T. E. (1995). Reducing cigarette consumption in California: tobacco taxes vs. an anti-smoking media campaign. *American Journal of Public Health*, 85: 1218-22.
- Hudzinski, L. G. and Frohlich, E. D. (1990). One-year longitudinal study of a no-smoking policy in a medical institution. *Chest*, 97: 1198-202.
- Hulse, G. K. and Tait, R. J. (2002). Six-month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult in-patients with psychiatric disorders. *Drug and Alcohol Review*, 21: 105-12.
- Hunt, S. M. and Martin, C. J. (1988). Health related behaviour change – a test of a new model. *Psychology and Health*, 2: 209-30.
- Hunt, S. M., McEwan, J. and McKenna, S. P. (1986). *Measuring Health Status*. Beckenham: Croom Helm.
- Hunter, M. S., Grunfeld, E. A. and Ramirez, A. J. (2003). Help-seeking intentions for breast-cancer symptoms: a comparison of self-regulation model and the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 8: 319-34.
- Hyland, M. E., Bellesis, M., Thompson, P. J. and Keenyon, C. A. P. (1996). The constructs of asthma quality of life: psychometric, experimental and correlational evidence. *Psychology and Health*, 12: 101-21.
- Ingledeu, D. K. and McDonagh, G. (1998). What coping functions are served when health behaviours are used as coping strategies? *Journal of Health Psychology*, 3: 195-213.
- Ingram, K. M., Jones, D. A., Fass, R. J., Neideig, J. L. and Song, Y. S. (1999). Social support and un-supportive social interactions: their association with depression among people living with HIV. *AIDS Care*, 11: 313-29.
- Inoue, S., Saeki, T., Mantani, T., Okamura, H. and Yamawaki, S. (2003). Factors related to patients' mental adjustment to breast cancer: patient characteristics and family functioning. *Support Care Cancer*, 11: 178-84.
- Inoyue, J., Flannelly, L. and Flannelly, K. J. (2001). The effectiveness of self-management training for individuals with HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 12: 71-82.
- International Center for Alcohol Policies (ICAP) (1998). Report 5. Washington: ICAP.
- International Obesity Taskforce and European Association for the Study of Obesity (2002). *Obesity in Europe: The Case for Action*. London: International Obesity Taskforce.
- Isen, A. M. (1987). Positive affect, cognitive processes, and social behaviour. In L. Berkowitz (ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* 20. New York: Academic Press.
- Jackson, R., Scragg, R. and Beaglehole, R. (1991). Alcohol consumption and risk of coronary heart disease. *British Medical Journal*, 303: 211-16.
- Jacobs, D. R., Jr, Luepker, R. V., Mittelmark, M. B., Folsom, A. R., Pirie, P. L., Mascioli, S. R., Hannan, P. J., Pechacek, T. F., Bracht, N., Carlaw, R., Kline, F. G. and Blackburn, H. (1986). Community-wide prevention strategies: evaluation design of the Minnesota Heart Health Program. *Journal of Chronic Diseases*, 39: 775-88.
- Jacobsen, P. B. and Hahn, D. M. (1998). Cognitive behavioral programmes. In J. Holland (ed.), *Textbook of Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jaffe, H. (1997). Dying for dollars. *Men's Health*, 12: 132-7.
- Jaffe, L., Lutter, J. M., Rex, J., Hawkes, C. and Buccaccio, P. (1999). Incentives and barriers to physical activity for working women. *American Journal of Health Promotion*, 13(4): 215-18.
- James, J. E. (2004). Critical review of dietary caffeine and blood pressure: a relationship that should be taken more seriously. *Psychosomatic Medicine*, 66: 63-71.

- James, J. E. and Hardardottir, D. (2002). Influence of attention focus and trait anxiety on tolerance of acute pain. *British Journal of Health Psychology*, 7: 149-62.
- James, S. A., LaCroix, A. Z., Kleinbaum, D. G. and Strogatz, D. S. (1984). John Henryism and blood pressure differences among black men. II. The role of occupational stressors. *Journal of Behavioral Medicine*, 7: 259-75.
- Janlert, U., Asplund, K. and Weinehall, L. (1992). Unemployment and cardiovascular risk indicators. Data from the MONICA survey in northern Sweden. *Journal of Social Medicine*, 20: 14-18.
- Janse, A. J., Gemke, R. J. B. J., Uiterwaal, C. S. P. M., van der Tweel, I., Kimpfen, J. L. I. and Sinema, G. (2004). Quality of life: patients and doctors don't always agree. *Journal of Clinical Epidemiology*, 57: 653-61.
- Janz, N. K. and Becker, M. H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11: 1-17.
- Janz, N. K., Zimmerman, M. A., Wren, P. A., Israel, B. A., Freudenberg, N. and Carter, R. J. (1996). Evaluation of 37 AIDS prevention projects: successful approaches and barriers to program effectiveness. *Health Education Quarterly*, 23: 80-97.
- Janzon, E., Hedblad, B., Berglund, G. and Engstrom, G. (2004). Changes in blood pressure and body weight following smoking cessation in women. *Journal of Internal Medicine*, 255: 266-72.
- Jarvis, M. J. (2004). Why people smoke. *British Medical Journal*, 328: 277-9.
- Jay, S. M., Elliott, C. H. and Fitzgibbons, I. (1995). A comparative study of cognitive behavior therapy versus general anaesthesia for painful medical procedures in children. *Pain*, 62: 3-9.
- Jeffery, R. W., Forster, J. L., French, S. A., Kelder, S. H., Lando, H. A., McGovern, P. G., Jacobs, D. R., Jr. and Baxter, J. E. (1993). The Healthy Worker Project: A work-site intervention for weight control and smoking cessation. *American Journal of Public Health*, 83: 395-401.
- Jellinek, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven, Conn. : Hillhouse Press.
- Jemmott, J. B., Croyle, R. T. and Ditto, P. H. (1988). Commonsense epidemiology: self-based judgements from laypersons and physicians. *Health Psychology*, 7(1): 55-73.
- Jenkins, P. R., Jenkins, R. A., Nannis, E. D., McKee, K. T., Jr and Temoshok, L. R. (2000). Reducing risk of sexually transmitted disease (STD) and human immunodeficiency virus infection in a military STD clinic: evaluation of a randomized preventive intervention trial. *Clinical Infectious Diseases*, 30: 730-5.
- Jenkins, R. L., Lewis, G. and Bebbington, P. (1997). The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain: initial findings from the household survey. *Psychology and Medicine*, 27: 775-89.
- Jenkinson, C., Fitzpatrick, R., Garrat, A., Peto, V. and Stewart-Brown, S. (2001). Can item response theory reduce patient burden when measuring health status in neurological disorders? Results from Rasch analysis of the SF36 physical functioning scale (PF-10). *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 71: 220-4.
- Jensen, M. P., Turner, J. A. and Romano, J. M. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69: 655-62.
- Jerram, K. L. and Coleman, P. G. (1999). The big five personality traits and reporting of health behaviours and health problems in old age. *British Journal of Health Psychology*, 4: 181-92.
- Jerusalem, M. and Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal process. In R. Schwarzer (ed.), *Self Efficacy: Thought Control of Action*. Washington: Hemisphere.
- Jessor, R. and Jessor, S. L. (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*. New York: Academic Press.
- Jirojanakul, P., Skevington, S. M. and Hudson, J. (2003). Predicting young children's quality of life. *Social Science and Medicine*, 57: 1277-88.
- Johnson, J. V., Hall, E. M. and Theorell, T. (1989). Combined effects of job strain and social isolation on cardiovascular disease morbidity and mortality in a random sample of the Swedish male working population. *Scandinavian Journal of Work, Environment, and Health*, 15: 271-9.
- Johnson, M. I. (2001). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) and TENS-like devices: do they provide pain relief? *Pain Reviews*, 8: 121-58.
- Johnson, S. B. (1999). Commentary: psychologists' resistance to showcasing the profession's accomplishments: What is all the fuss about? *Journal of Pediatric Psychology*, 24: 329-30.
- Johnsson, K. O. and Berglund, M. (2003). Education of key personnel in student pubs leads to a decrease in alcohol consumption among patrons: a randomized controlled trial. *Addiction*, 98: 627-33.

- Johnston, M. and Kennedy, P. (1998). Editorial: special issue on clinical health psychology in chronic conditions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5: 59-61.
- Johnston, M., Morrison, V., MacWalter, R. and Partridge, C. (1999). Perceived control, coping and recovery from disability following stroke. *Psychology and Health*, 14: 181-92.
- Johnston, M. and Pollard, B. (2001). Consequences of disease: testing the WHO International Classification of Impairments, Disability and Handicap (ICIDH) model. *Social Science and Medicine*, 53: 1261-73.
- Johnston, M., Pollard, B., Morrison, V. and MacWalter, R. (2004). Functional limitations and survival following stroke: psychological and clinical predictors of 3 year outcome. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11: 187-96.
- Johnston, M. and Vogege, K. (1993). Benefits of psychological preparation for surgery: a meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 15: 245-56.
- Joint Health Surveys Unit (2001). *Health Survey for England: The Health of Minority Ethnic Groups 1999*. London: HMSO.
- Jonas, B. S. and Mussolino, M. E. (2000). Symptoms of depression as a prospective risk factor for stroke. *Psychosomatic Medicine*, 62: 463-71.
- Jones, E. and Morrison, V. (2004). Patient-carer interactions following stroke: the effect on distress. BPS Division of Health Psychology Annual Conference, Edinburgh, September.
- Jones, J. R., Huxtable, C. S., Hodgson, J. T. and Price, M. J. (2003). *Self-reported Illness in 2001/02: Results from a Household Survey*. London: Health and Safety Executive.
- Jones, R. A. (1990). Expectations and delay in seeking medical care. *Journal of Social Issues*, 46: 81-95.
- Jones, R., Pearson, J., McGregor, S., Barrett, A., Gilmore, W. H., Atkinson, J. M., Cawsay, A. J. and McEwen, J. (2002). Does writing a list help cancer patients ask relevant questions? *Patient Education and Counseling*, 47: 369-71.
- Jørgensen, K. J. and Gøtzsche, P. C. (2004). Presentation on websites of possible benefits and harm from screening for breast cancer: a cross-sectional study. *British Medical Journal*, 328: 148-53.
- Jousilahti, P., Vartiainen, E., Tuomilehto, J., Pekkenen, J. and Puska, P. (1995). Effect of risk factors and changes in risk factors on coronary mortality in three cohorts of middle aged people in eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 141: 50-60.
- Julien, R. M. (1996). *A Primer of Drug Action: A Concise, Nontechnical Guide to the Actions, Uses and Side Effects of Psychoactive Drugs*, 7th edn. New York: W. H. Freeman.
- Kahn, K. L., Pearson, M. L., Harrison, E. R., Desmond, K. A., Rogers, W. H., Rubenstein, L. V., Brook, R. H. and Keeler, E. B. (1994). Health care for black and poor hospitalized Medicare patients. *Journal of the American Medical Association*, 271: 1169-74.
- Kalichman, S. C., Benotsch, E. G., Weinhardt, L., Austin, J., Luke, W. and Cherry, C. (2003). Health-related internet use, coping, social support, and health indicators in people living with HIV/AIDS: preliminary results from a community survey. *Health Psychology*, 22: 111-16.
- Kalichman, S. C., Cherry, C. and Browne-Sperling, F. (1999). Effectiveness of a video-based motivational skills-building HIV risk-reduction intervention for inner-city African American men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 959-66.
- Kalnins, I. H. C., Ballantyne, P. and Quartaro, G. (1994). School based community development as a health promotion strategy for children. *Health Promotion International*, 9: 269-79.
- Kalra, L., Evans, A., Perez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M. and Donaldson, N. (2004). Training carers of stroke patients: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328: 1099-104.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C. and Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two models of stress management: daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4: 1-39.
- Kaplan, G. and Baron-Epel, O. (2003). What lies behind the subjective evaluation of health status? *Social Science and Medicine*, 56: 1669-76.
- Kaplan, G. A. and Reynolds, P. (1988). Depression and cancer mortality and morbidity: prospective evidence from the Alameda County study. *Journal of Behavioral Medicine*, 11: 1-14.
- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24: 285-308.
- Karasek, R. (1996). Lower health risk with increased job control among white collar workers. *Journal of Organizational Behavior*, 11: 171-85.

- Karasek, R. A., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A. and Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, 71: 694-705.
- Karasek, R. A. and Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
- Kasl, S. V. (1996). Theory of stress and health. In C. L. Cooper (ed.), *Handbook of Stress, Medicine and Health*. London: CRC Press.
- Kasl, S. V. and Cobb, S. (1966a). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior I. Health and illness behavior. *Archives of Environmental Health*, 12: 246-66.
- Kasl, S. V. and Cobb, S. (1966b). Health behavior, illness behavior, and sick role behavior II. Sick role behavior. *Archives of Environmental Health*, 12: 531-41.
- Katz, M. H. (1997). AIDS epidemic in San Francisco among men who report sex with men: successes and challenges of HIV prevention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome and Human Retrovirology*, 14: S38-S46.
- Keefe, F. J., Caldwell, D. S., Williams, D. A., Gil, K. M., Mitchell, D., Robertson, C., Martinez, S., Nunley, J., Beckham, J. C. and Helms, M. (1990). Pain coping skills training in the management of osteoarthritic knee pain – II: Follow-up results. *Behavior Therapy*, 21: 435-47.
- Keinan, G., Carmil, D. and Rieck, M. (1991). Predicting women's delay in seeking medical care after discovery of a lump in the breast: the role of personality and behaviour patterns. *Behavioral Medicine*, 17: 177-83.
- Kelly, J. A., Murphy, D. A., Sikkema, K. J. and Kalichman, S. C. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed. *American Psychologist*, 48: 1023-34.
- Kelly, J. A., Murphy, D. A., Sikkema, K. J., McAuliffe, T. L., Roffman, R. A., Solomon, L. J., Winnett, R. A., Kalichman, S. A. and Community HIV Prevention Research Collaborative (1997). Randomised, controlled, community-level HIV-prevention intervention for sexual-risk behaviour among homosexual men in US cities. *The Lancet*, 350: 1500-5.
- Kelly, J. A., Murphy, D. A., Washington, C. D. and Wilson, T. S. (1994). The effects of HIV/AIDS intervention groups for high-risk women in urban clinics. *American Journal of Public Health*, 84: 225-37.
- Kelly, J. A., St Lawrence, J. S., Stevenson, L. Y., Hauth, A. C., Kalichman, S. C., Diaz, Y. E., Brasfield, T. L., Koob, J. J. and Morgan, M. G. (1992). Community AIDS/HIV risk reduction: the effects of endorsements by popular people in three cities. *American Journal of Public Health*, 82: 1483-9.
- Kemeny, M. E., Weiner, H., Taylor, S. E., Schneider, S., Visscher, B. and Fahey, L. (1994). Repeated bereavement, depressed mood, and immune parameters in HIV seropositive and seronegative homosexual men. *Health Psychology*, 13: 14-24.
- Kennedy, T., Jones R., Darnley, S., Seed P., Wessely, S. and Chalder T. (2005) Cognitive behaviour therapy in addition to antispasmodic treatment for irritable bowel syndrome in primary care: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 331: 435.
- Kentsch, M., Rodemer, U., Muller-Esch, G., Schnoor, U., Munzel, T., Ittel, T. H. and Mitusch, R. (2002). Emotional attitudes toward symptoms and inadequate coping strategies are major determinants of patient delay in acute myocardial infarction. *Zeitschrift zu Kardiologie*, 91: 147-55.
- Kerns, R. D., Haythornwaite, J., Southwick, S. and Giller, E. L. (1990). The role of marital interaction in chronic pain and depressive symptom severity. *Journal of Psychosomatic Research*, 34: 401-8.
- Key, T. J., Fraser, G. E., Thorogood, M., Appleby, P. N., Beral, V., Reeves, G., Burr, M. L., Chang-Claude, J., Frentzel-Beyme, R., Kuzma, J. W., Mann, J. and McPherson, K. (1998). Mortality in vegetarians and non-vegetarians: a collaborative analysis of 8,300 deaths among 76,000 men and women in five prospective studies. *Public Health Nutrition*, 1: 33-41.
- Khantzian, E. J. (2003). Understanding addictive vulnerability: an evolving psychodynamic perspective. *Neuro-psychoanalysis*, 5: 3-35.
- Kickbusch, I. (2003). The contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *American Journal of Public Health*, 93: 383-8.
- Kiechl, S., Egger, G., Mayr, M., Wiederman, C. J., Bonora, E., Oberhollenzer, F. M., Muggeo, M., Xu, Q., Wick, G. and Willeit, J. (2001). Chronic infections and the risk of carotid atherosclerosis: prospective results from a large population study. *Circulation*, 103: 1064-70.

- Kiecolt-Glaser, J. K., Dura, J. R., Speicher, C. E., Trask, C. E. and Glaser, R. (1991). Spousal caregivers of dementia victims: longitudinal changes in immunity and health. *Psychosomatic Medicine*, 53: 345-62.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Garner, W., Speicher, C., Penn, G. M., Holliday, J. E. and Glaser, R. (1984). Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosomatic Medicine*, 46: 7-14.
- Kiecolt-Glaser, J. K. and Glaser, R. (1995). Psychological influences on immunity. *Psychosomatics*, 27: 621-4.
- Kiecolt-Glaser, J. K. and Glaser, R. (1999). Psychoneuroimmunology and cancer: fact or fiction? *European Journal of Cancer*, 35: 1603-7.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Gravenstein, S., Malarkey, W. B. and Sheridan, J. (1996). Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccination in older adults. *Proceedings of the National Academy of Science USA*, 93: 3043-7.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Williger, D. et al. (1985). Psychosocial enhancement of immunocompetence in a geriatric population. *Health Psychology*, 4: 25-41.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Malarkey, W. B., Cacioppo, J. T. and Glaser, R. (1994). Stressful personal relationships: Immune and endocrine function. In R. Glaser and J. K. Kiecolt-Glaser (eds.), *Handbook of Human Stress and Immunity*. San Diego: Academic Press.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Marucha, P. T., Malarkey, W. B., Mercado, A. M. and Glaser, R. (1995). Slowing wound healing by psychosocial stress. *The Lancet*, 4: 1194-6.
- Kiernan, P. J. and Isaacs, J. B. (1981). Use of drugs by the elderly. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 74: 196-200.
- Kinmonth, A. L., Woodcock, A., Griffin, S., Spiegall, N. and Campbell, M. J. (1998). Randomised controlled trial of patient-centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care from Diagnosis Research Team. *British Medical Journal*, 317: 1202-8.
- Kinney, J. M., Stephens, M. A. P., Franks, M. M. and Norris, V. K. (1995). Stresses and satisfactions of family caregivers to older stroke patients. *The Journal of Applied Gerontology*, 14: 3-21.
- Kirby, S. D., Ureda, J. R., Rose, R. L. and Hussey, J. (1998). Peripheral cues and involvement level: influences on acceptance of a mammography message. *Journal of Health Communication*, 3: 19-35.
- Kirkcaldy, B. D. and Cooper, C. L. (1992). Managing the stress of change: Occupational stress among senior police officers in Berlin. *Stress Medicine*, 8: 219-31.
- Kivimäki, M., Elovainio, M., Kokko, K., Pulkkinen, L., Kortteinen, M. and Tuomikoski, H. (2003). Hostility, unemployment and health status: testing three theoretical models. *Social Science and Medicine*, 56: 2139-52.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Kosekenvuo, M., Uutela, A. and Pentti, J. (1998). Response of hostile individuals to stressful changes in their working lives: test of a psychosocial vulnerability model. *Psychological Medicine*, 28: 903-13.
- Klein, C. T. F. and Helweg-Larsen, M. (2002). Perceived control and the optimistic bias: a meta-analytic review. *Psychology and Health*, 17: 437-46.
- Kline, K. N. and Mattson, M. (2000). Breast self-examination pamphlets. A content analysis grounded in fear appeals research. *Health Communication*, 12: 1-21.
- Kline, P. (1993). *Personality – the Psychometric View*. London: Routledge.
- Klonoff, E. A. and Landrine, H. (1994). Culture and gender diversity in commonsense beliefs about the causes of six illnesses. *Journal of Behavioral Medicine*, 17: 407-18.
- Knowler, W. C., Barrett-Connor, E., Fowler, S. E., Hamman, R. E., Lachin, J. M., Walker, E. A. and Nathan, D. M. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New England Journal of Medicine*, 346: 393-403.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37: 1-11.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. and Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42: 168-77.
- Koffman, D. M., Lee, J. W., Hopp, J. W. and Emont, S. L. (1998). The impact of including incentives and competition in a workplace smoking cessation program on quit rates. *American Journal of Health Promotion*, 13: 105-11.
- Kohl, H. W. (2001). Physical activity and cardiovascular disease: evidence for a dose-response. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 33: S472-S487.

- Koikkalainen, M., Lappalainen, R. and Mykkanen, H. (1996). Why cardiac patients do not follow the nutritionist's advice: barriers in nutritional advice perceived in rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 13: 619-23.
- Kok, G. and Schaalma, H. (1998). Theory-based and data-based health education intervention programmes. *Psychology and Health*, 13: 747-51.
- Kole-Snijders, A. M. J., Vlaeyen, J. W. S. and Goossens, M. E. J., *et al.* 1999. Chronic low back pain: what does cognitive coping skills training add to operant behavioural treatment? Results of a randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67: 931-44.
- Kolk, A. M., Hanewald, G. J. F. P., Schagen, S. and Gijbbers van Wijk, C. M. T. (2003). A symptom perception approach to common physical symptoms. *Social Science and Medicine*, 57: 2343-54.
- Kop, N., Euwema, M. and Schaufeli, W. (1999). Burnout, job stress and violent behaviour among Dutch police officers. *Work and Stress*, 13: 3226-340.
- Kop, W. J. and Krantz, D. S. (1997). Type A behaviour, hostility and coronary artery disease. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West and C. McManus (eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kornblith, A. B. (1998). *Psychosocial Adaptation of Cancer Survivors*. In J. C. Holland, W. Breitbart and P. B. Jacobsen (eds.), *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- Kornblith, A. B., Herndon, J. E., II, Weiss, R. B., Zhang, C., Zuckerman, E. L., Rosenberg, S., Mertz, M., Payne, D., Jane Massie, M., Holland, J. F., Wingate, P., Norton, L. and Holland, J. C. (2003). Long-term adjustment of survivors of early-stage breast carcinoma, 20 years after adjuvant chemotherapy. *Cancer*, 98: 679-89.
- Korotkov, D. and Hannah, T. E. (2004). The five factor model of personality: strengths and limitations in predicting health status, sick role and illness behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36: 187-99.
- Kraft, P., Sutton, S. and McCreath-Reynolds, H. (1999). The transtheoretical model of behaviour change: are the stages qualitatively different? *Psychology and Health*, 14: 433-50.
- Kramer, B. J. (1997). Gain in the caregiving experience. Where are we? What next? *The Gerontologist*, 37: 218-32.
- Krantz, D. S., Glass, D. C., Shaeffer, M. A. and Davia, J. E. (1982). Behavior patterns and coronary disease: a critical evaluation. In J. T. Cacioppo and R. E. Petty (eds.), *Perspectives in Cardiovascular Psychophysiology*. New York: Guilford Press.
- Krantz, G. and Orth, P. (2000). Common symptoms in middle-aged women: their relation to employment status, psychosocial work conditions and social support in a Swedish setting. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54: 192-9.
- Krause, N. M. and Jay, G. M. (1994). What do global self-rated health items measure? *Medical Care*, 32: 930-42.
- Krieger, N., Quesenberry, C. and Peng, T. (1999). Social class, race/ethnicity, and incidence of breast, cervix, colon, lung, and prostate cancer among Asian, black, Hispanic, and white residents of the San Francisco Bay area. *Cancer Causes Control*, 10: 525-37.
- Kristensen, T. S. (1995). The demand-control-support model: methodological challenges for future research. *Stress Medicine*, 11: 17-26.
- Krohne, H. W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In H. W. Krohne (ed.), *Attention and Avoidance: Strategies in Coping with Aversiveness*. Seattle: Hogrefe and Huber.
- Krol, Y., Grootenhuys, M. A., Destrée-Vonk, A., Lubbers, L. J., Koopman, H. M. and Laast, B. F. (2003). Health-related quality of life in children with congenital heart disease. *Psychology and Health*, 18: 251-60.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. New York: Macmillan.
- Kuchler, T., Henne-Bruns, D., Rappat, S., Graul, J., Holst, K. and Williams, J. I. (1999). Impact of psychotherapeutic support on gastrointestinal cancer patients undergoing surgery: survival results of a trial. *Hepato-gastro-enterology*, 46: 322-35.
- Kuntzleman, C. T. (1985). Enhancing cardiovascular fitness of children and youth: the Feelin' Good Program. In J. E. Zins, D. I. Wagner and C. A. Maher (eds.), *Health Promotion in the Schools: Innovative Approaches to Facilitating Physical and Emotional Well-being*. New York: Hawthorn Press.
- Kurtz, S. and Silverman, J. (1996). The Calgary-Cambridge observation guides: an aid to defining the curriculum and organising the teaching in

- communication training programmes. *Medical Education*, 30: 83-9.
- Kyngaes, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E. M., Ryttilahti, M., Seppänen, P., Vaattovaara, R. and Jaemsae, T. (2001). Coping with the onset of cancer. Coping strategies and resources of young people with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 10: 6-11.
- Lacroix, J. M., Martin, B., Avendano, M. and Goldstein, R. (1991). Symptom schemata in chronic respiratory patients. *Health Psychology*, 10: 268-73.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Rahkonen, O. and Silventoinen, K. (1999). Gender differences in ill-health in Finland: patterns, magnitude and change. *Social Science and Medicine*, 48: 7-19.
- Lancaster, T., Silagy, C., Fowler, G. and Spiers, I. (1999). Training health professionals in smoking cessation. In *The Cochrane Library*, issue 1. Oxford: Update Software.
- Landmark, B. T. and Wahl, A. (2002). Living with newly diagnosed breast cancer: a qualitative study of 10 women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 49: 112-21.
- Landolt, M. A., Vollrath, M., Ribi, K., Gnehm, H. E. and Sennhauser, F. H. (2003). Incidence and associations of parental and child posttraumatic stress symptoms in pediatric patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44: 1199-207.
- Landrine, H. and Klonoff, E. A. (1992). Culture and health-related schema: a review and proposal for interdisciplinary integration. *Health Psychology*, 11: 267-76.
- Landrine, H. and Klonoff, E. A. (1994). Cultural diversity in causal attributions for illness: the role of the supernatural. *Journal of Behavioral Medicine*, 17: 181-93.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G. and Lip, G. Y. (2000). Effects of depression and anxiety on mortality and quality-of-life 4 months after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 49: 229-38.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G. and Lip, G. Y. (2001a). Predictors of attendance at cardiac rehabilitation after myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 51: 497-501.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G. and Lip, G. Y. (2002). The prevalence and persistence of depression and anxiety following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 7: 11-21.
- Lang, E. V., Joyce, J. S., Spiegel, D., Hamilton, D., Lee, K. K., Schwartz, L., Slater, M. A. and Bircbier, G. R. (1996). The role of pain behaviors in the modulation of marital conflict in chronic pain couples. *Pain*, 65: 227-33.
- Lang, T., Nicaud, V., Slama, K., Hirsch, A., Imbernon, E., Goldberg, M., Calvel, L., Desobry, P., Favre-Trosson, J. P., Lhopital, C., Mathevon, P., Miara, D., Miliani, A., Panthier, F., Pons, G., Roitg, C. and Thoeres, M. (2000). Smoking cessation at the workplace. Results of a randomised controlled intervention study. Worksite physicians from the AIREL group. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54: 349-54.
- Langewitz, W., Wossmers, B., Iseli, J. and Berger, W. (1997). Psychological and metabolic improvement after an outpatient teaching program for functional intensified insulin therapy. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 37: 157-64.
- Larsen, R. J. and Kasimatis, M. (1991). Day-to-day physical symptoms: individual differences in the occurrence, duration, and emotional concomitants of minor daily illnesses. *Journal of Personality*, 59: 387-423.
- Larson, J. (1999). The conceptualization of health. *Medical Care and Review*, 56: 123-236.
- Latimer, P. (1981). Irritable bowel syndrome: a behavioral model. *Behaviour Research and Therapy*, 19: 475-83.
- Latimer, P., Sarna, S., Campbell, D., Latimer, M., Waterfall, W. and Daniel, E. E. (1981). Colonic motor and myoelectric activity: a comparative study of normal subjects, psychoneurotic patients and patients with the irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 80: 893-901.
- Lau, R. R. and Hartman, K. A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 2: 167-85.
- Lau, R. R., Bernard, T. M. and Hartman, K. A. (1989). Further explorations of common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*, 8(2): 195-219.
- Lauby, J. L., Smith, P. J., Stark, M., Person, B. and Adams, J. (2000). A community-level HIV prevention intervention for inner-city women: results of the Women and Infants Demonstration Projects. *American Journal of Public Health*, 90: 216-22.
- Laugesen, M. and Meads, C. (1991). Tobacco restrictions, price, income and tobacco consumption in OECD countries, 1960-1986. *British Journal of Addiction*, 86: 1343-54.

- Laux, L. and Weber, H. (1991). Presentation of self in coping with anger and anxiety: an intentional approach. *Anxiety Research*, 3: 233-55.
- Lavery, J. F. and Clarke, V. A. (1996). Causal attributions, coping strategies and adjustment to breast cancer. *Cancer Nursing*, 19: 20-8.
- Law, M. R., Frost, C. D. and Wald, N. J. (1991). By how much does dietary salt lower blood pressure? I – Analysis of observational data among populations. *British Medical Journal*, 302: 811-15.
- Law, M. R., Wald, N. J. and Thompson, S. G. (1994). By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischemic heart disease? *British Medical Journal*, 308: 367-72.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991a). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1991b). Psychological stress in the workplace. In P. Perrewe (ed.), *Handbook on Job Stress*. Special issue of *Journal of Social Behavior and Personality*, 6: 1-13.
- Lazarus, R. S. (1993a). From psychological stress to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44: 1-21.
- Lazarus, R. S. (1993b). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55: 234-47.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer Verlag.
- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55: 665-73.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Verlag.
- Lazarus, R. S. and Launier, R. (1978). Stress related transactions between person and environment. In L. A. Pervin and M. Lewis (eds.), *Perspectives in International Psychology*, New York: Plenum.
- Lee, C. (1999). Health, stress and coping among women caregivers: a review. *Journal of Health Psychology*, 4: 27-40.
- Lee, C. (2001). Experiences of family caregiving among older Australian women. *Journal of Health Psychology*, 6: 393-404.
- Lee, I.-M., Rexrode, K. M., Cook, N. R., Manson, J. E. and Buring, J. E. (2001). Physical activity and coronary heart disease in women: is 'no pain, no gain' passé? *Journal of the American Medical Association*, 285: 1447-54.
- Lee, S. J., Back, A. L., Block, S. D. and Stewart, S. K. (2002). Enhancing physician-patient communication. *Hematology*, 464-83.
- Lefkowitz, R. J. and Willerson, J. T. (2001). Prospects for cardiovascular research. *Journal of the American Medical Association*, 285: 581-7.
- Lerman, C. and Croyle, R. (1994). Psychological issues in genetic testing for breast cancer susceptibility. *Archives of Internal Medicine*, 154: 609-16.
- Lerman, C., Hughes, C., Croyle, R. T., Main, D., Durham, D., Snyder, C. et al. (2000). Prophylactic surgery and surveillance practices one year following BRCA1/2 genetic testing. *Preventative Medicine*, 1: 75-80.
- Lerman, C., Marshall, J. and Caminerio, A. (1996). Genetic testing for colon cancer susceptibility: anticipated reactions of patients and challenges to providers. *International Journal of Cancer*, 69: 58-61.
- Leserman, J., Jackson, E. D., Petitto, J. M. et al. (1999). Progression to AIDS: The effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosom Med* 61(3): 397-406.
- Leskin, G. A., Kaloupek, D. G. and Keane, T. M. (1998). Treatment for traumatic memories: review and recommendations. *Clinical Psychology Review*, 18: 983-1002.
- Letherman, C., Blackburn, D. and Davidhizar, R. (1990). How postpartum women explain their lack of obtaining adequate prenatal care. *Journal of Advanced Nursing*, 15: 256-67.
- Leventhal, E. A., Hansell, S., Diefenbach, M., Leventhal, H. and Glass, D. C. (1996). Negative affect and self-report of physical symptoms: two longitudinal studies of older adults. *Health Psychology*, 15: 193-9.
- Leventhal, E. A. and Prohaska, T. R. (1986). Age, symptom interpretation and health behavior. *Journal of the American Geriatric Society*, 34: 185-91.
- Leventhal, H. and Coleman, S. (1997). Quality of life: a process view. *Psychology and Health*, 12: 753-67.
- Leventhal, H. and Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. In J. A. Skelton and R. T. Croyle (eds.), *Mental Representations in Health and Illness*. New York: Springer Verlag.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. and Leventhal, E. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and effect cognitive interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2): 143-63.

- Leventhal, H., Easterling, D. V., Coons, H., Luchterhand, C. and Love, R. R. (1986). Adaptation to chemotherapy treatments. In B. Anderson (ed.), *Women with Cancer*. New York: Springer Verlag.
- Leventhal, H., Meyer, D. and Nerenz, D. (1980). The common sense model of illness danger. In S. Rachman (ed.), *Medical Psychology*, Vol. 2. New York: Pergamon.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R. and Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor and J. E. Singer (eds.), *Handbook of Psychology and Health: Social Psychological Aspects of Health*, Vol. 4. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Leventhal, H., Patrick-Miller, L. and Leventhal, E. A. (1998). It's long-term stressors that take a toll: comment on Cohen *et al.* (1998). *Health Psychology*, 17: 211-13.
- Leventhal, H. and Tomarken, A. (1987). Stress and illness: perspectives from health psychology. In S. V. Kasl and C. L. Cooper (eds.), *Research Methods in Stress and Health Psychology*. London: Wiley.
- Levinson, D. J., Darrow, C. N., Klein, E. B., Levinson, M. H. and McKee, B. (1978). *The Seasons of a Man's Life*. New York: A. A. Knopf.
- Levine, R. M. and Reicher, S. (1996). Making sense of symptoms: self categorization and the meaning of illness/injury. *British Journal of Social Psychology*, 35: 245-56.
- Levy, L., Patterson, R. E., Kristal, A. R. and Li, S. S. (2000). How well do consumers understand percentage daily value of food labels? *American Journal of Health Promotion*, 14: 157-60.
- Lewin, B., Robertson, I. H., Irving, J. B. and Campbell, M. (1992). Effects of self-help post-myocardial-infarction rehabilitation on psychological adjustment and use of health services. *The Lancet*, 339: 1036-40.
- Lewin, R. J., Furze, G., Robinson, J., Griffith, K., Wiseman, S., Pye, M. and Boyle, R. (2002). A randomised controlled trial of a self-management plan for patients with newly diagnosed angina. *British Journal of General Practice*, 52: 194-6, 199-201.
- Lewis, C. L. and Brown, S. C. (2002). Coping strategies of female adolescents with HIV/AIDS. *The Association of Black Nursing Faculty*, 13: 72-7.
- Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., Jenkins, R. and Meltzer, H. (1998). Socioeconomic status, standard of living, and neurotic disorder. *The Lancet*, 352: 605-9.
- Lewis, S. C., Dennis, M. D., O'Rourke, S. J. and Sharpe, M. (2001). Negative attitudes among short-term stroke survivors predict worse long-term survival. *Stroke*, 32: 1640-5.
- Lewit, E., Coates, D. and Grossman, M. (1981). The effects of governmental regulation on teenage smoking. *Journal of Law and Economics*, 24: 545-69.
- Ley, P. (1997). Compliance among patients. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West and C. McManus (eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ley, P. (1988). *Communicating with patients. Improving communication, satisfaction, and compliance*. London: Chapman Hall.
- Lichtenstein, P. and Pedersen, N. L. (1995). Social relationships, stressful life events, and self-reported physical health: genetic and environmental influences. *Psychology and Health*, 10: 295-319.
- Lim, A. S. H. and Bishop, G. D. (2000). The role of attitudes and beliefs in differential health care utilisation among Chinese in Singapore. *Psychology and Health*, 14: 965-77.
- Linden, W., Stossel, C. and Maurice, J. (1996). Psychosocial treatment for cardiac patients: a meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 156: 745-62.
- Linegar, J., Chesson, C. and Nice, D. (1991). Physical fitness gains following simple environmental change. *American Journal of Preventive Medicine*, 7: 298-310.
- Linn, S., Carroll, M., Johnson, C., Fulwood, R., Kalsbek, W. and Briefel, R. (1993). High density lipoprotein cholesterol and alcohol consumption in US white and black adults: data from NHANES II. *American Journal of Public Health*, 83: 811-16.
- Lipkus, I. M., Barefoot, J. C., Williams, R. B. and Siegler, I. C. (1994). Personality measures as predictors of smoking initiation and cessation in the UNC Alumni heart study. *Health Psychology*, 13: 149-55.
- Lipton, A. A. and Simon, F. S. (1985). Psychiatric diagnosis in a state hospital: Manhattan state revisited. *Hospital and Community Psychiatry*, 36: 368-73.
- Litt, M. D., Nye, C. and Shafer, D. (1995). Preparation for oral surgery: evaluating elements of coping. *Journal of Behavioral Medicine*, 18: 435-59.

- Little, M. and Sayers, E-J. (2004). While there's life... hope and the experience of cancer. *Social Science and Medicine*, 59: 1329-37.
- Livingston, G. and Hincliffe, A. C. (1993). The epidemiology of psychiatric disorders in the elderly. *International Review of Psychiatry*, 5: 317-29.
- Lo, R. (1999). Correlates of expected success at adherence to health regimen of people with IDDM. *Journal of Advanced Nursing*, 30: 418-24.
- Lobb, E. A., Butow, P. N., Kenny, D. T. and Tattersall, M. H. (1999). Communicating prognosis in early breast cancer: Do women understand the language used? *Medical Journal of Australia*, 171: 290-4.
- Lobchuk, M. M. and Vorauer, J. D. (2003). Family care-giving, perspective-taking, and accuracy in estimating cancer patient symptom experiences. *Social Science and Medicine*, 57: 2379-84.
- Locke, E. A. and Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: a 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57: 705-17.
- Locke, G. R., III, Weaver, A. L., Melton, L. J., III and Talley, N. J. (2004). Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. *American Journal of Gastroenterology*, 99: 350-7.
- Lodder, L., Frets, P. G., Trijsburg, R. W., Meijers-Heijboer, E. J., Klijn, J. G., Duivendoorn, H. J., Tibben, A., Wagner, A., van der Meer, C. A., van den Ouweland, A. M. and Niermeijer, M. F. (2001). Psychological impact of receiving a BRCA1/BRCA2 test result. *American Journal of Medical Genetics*, 98: 15-24.
- Logan, T. K., Cole, J. and Leukefeld, C. (2002). Women, sex, and HIV: social and contextual factors, meta-analysis of published interventions, and implications for practice and research. *Psychological Bulletin*, 128: 851-85.
- Lok, C. F. and Bishop, G. D. (1999). Emotion control, stress, and health. *Psychology and Health*, 14: 813-27.
- Lomas, J. (1991). Words without action? The production, dissemination, and impact of consensus recommendations. *Annual Reviews in Public Health*, 12: 41-65.
- Longabaugh, R. and Morgenstern, J. (1999). Cognitive-behavioural coping-skills therapy for alcohol dependence. *Alcohol Research and Health*, 23: 78-85.
- Longo, D. R., Johnson, J. C., Kruse, R. L., Brownson, R. C. and Hewett, J. E. (2001). A prospective investigation of the impact of smoking bans on tobacco cessation and relapse. *Tobacco Control*, 10: 267-72.
- Lorig, K. (1996). *Patient Education: A Practical Approach*. Newbury Park, Calif. : Sage.
- Lorig, K. and Holman, H. (1989). Long-term outcomes of an arthritis self-management study: effects of reinforcement efforts. *Social Science and Medicine*, 29: 221-4.
- Lorig, K. R., Ritter, P. L. and Gonzalez, V. M. (2003). Hispanic chronic disease self-management: a randomized community-based outcome trial. *Nursing Research*, 52: 361-9.
- Lorig, K., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown, B. W., Jr, Bandura, A., Ritter, P. et al. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalisation. *Medical Care*, 37: 5-14.
- Louria, D. (1988). Some concerns about educational approaches in AIDS prevention. In R. Schinazi and A. Nahmias (eds.), *AIDS children, adolescents and heterosexual adults*. New York: Elsevier Science.
- Lovallo, W. R. (1997). *Stress and Health: Biological and Psychological Interactions*. Newbury Park, Calif. : Sage.
- Lovallo, W. R., Pincomb, G. A., Brackett, D. J. and Wilson, M. F. (1990). Heart rate reactivity as a predictor of neuroendocrine responses to aversive and appetitive challenges. *Psychosomatic Medicine*, 52: 17-26.
- Lovegrove, E., Rumsey, N., Harcourt, D. and Cawthorn, S. J. (2000). Factors implicated in the decision whether or not to join the tamoxifen trial in women at high familial risk of breast cancer. *Psycho-Oncology*, 9: 193-202.
- Lowe, C. F., Horne, P. J., Tapper, K., Bowdery, M. and Egerton, E. (2004). Effects of a peer-modelling and rewards based intervention to increase fruit and vegetable consumption in children. *European Journal of Clinical Nutrition*, 58: 510-22.
- Lowe, R., Norman, P. and Bennett, P. (2000). Coping, emotion and perceived health following myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology*, 5: 337-50.
- Lowe, R., Vedhara, K., Bennett, P., Brookes, E., Gale, L., Munnoch, K., Schreiber-Kounine, C., Fowler, C., Rayter, Z., Sammon, A. and Farndon, J. (2003). Emotion-related primary and secondary appraisals, adjustment and coping associations in women awaiting breast disease diagnosis. *British Journal of Health Psychology*, 8: 377-91.

- Lowes, J. and Tiggemann, M. (2003). Body dissatisfaction and dieting awareness in young children. *British Journal of Health Psychology*, 8: 135-47.
- Lundberg, U., de Chateau, P., Winberg, J. and Frankehauser, M. (1981). Catecholamine and cortisol excretion patterns in three year old children and their parents. *Journal of Human Stress*, 7: 3-11.
- Luszczynska, A. and Schwarzer, R. (2003). Planning and self-efficacy in the adoption and maintenance of breast self-examination: a longitudinal study on self-regulatory cognitions. *Psychology and Health*, 18: 93-108.
- MacFadyen, L., Amos, A., Hastings, G. and Parkes, E. (2002). They look like my kind of people – perceptions of smoking images in youth magazines. *Social Science and Medicine*, 56: 491-9.
- Macintyre, S. (1986). The patterning of health by social position in contemporary Britain: directions for sociological research. *Social Science and Medicine*, 23: 393-415.
- Macintyre, S. (1993). Gender differences in the perceptions of common cold symptoms. *Social Science and Medicine*, 36: 15-20.
- Macintyre, S. and Ellaway, A. (1998). *Ecological Approaches: Rediscovering the Role of the Physical and Social Environment*. Oxford: Oxford University Press.
- MacNee, W. (2004). Guidelines for chronic obstructive pulmonary disease (editorial). *British Medical Journal*, 329: 361-3.
- MacNicol, S. A. M., Murray, S. M. and Austin, E. J. (2003). Relationships between personality, attitudes and dietary behaviour in a group of Scottish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 35: 1753-64.
- Macrodimitis, D. and Endler, N. S. (2001). Coping, control, and adjustment in Type 2 diabetes. *Health Psychology*, 20: 208-16.
- Maes, S., Kittel, F., Scholten, H. and Verhoeven, C. (1990). Effects of the Brabantia project, a Dutch wellness-health programme at the worksite. *American Journal of Public Health*, 88: 1037-41.
- Maes, S., Leventhal, H. and de Ridder, D. T. (1996). Coping with chronic disease. In M. Zeidner and N. S. Endler (eds.), *Handbook of Coping*. New York: Wiley.
- Magarey, A., Daniels, L. A. and Smith, A. (2001). Fruit and vegetable intakes of Australians aged 2-18 years: an evaluation of the 1995 National Nutrition Survey data. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25: 155-61.
- Mager, W. M. and Andrykowski, M. A. (2002). Communication in the cancer 'bad news' consultation: patient perceptions and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 11: 35-46.
- Maggiolo, F., Ripamonti, D., Arici, C., Gregis, G., Quinzan, G., Camacho, G. A., Ravasio, L. and Suter, F. (2002). Simpler regimens may enhance adherence to antiretrovirals in HIV-infected patients. *HIV Clinical Trials*, 3: 371-8.
- Magni, G., Moreschi, C., Rigatti-Luchini, S. and Merskey, H. (1994). Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain*, 56: 289-97.
- Magnusson, J. E. and Becker, W. J. (2003). Migraine frequency and intensity: relationship with disability and psychological factors. *Headache*, 43: 1049-59.
- Maguire, P. and Faulkner, A. (1988). How to improve the counselling skills of doctors and nurses in cancer care. *British Medical Journal*, 297: 847-9.
- Maguire, P. and Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *British Medical Journal*, 325: 697-700.
- Mahajan, L., Wyllie, R., Steffen, R., Kay, M., Kitaoaka, G., Dettorre, J., Sarigol, S. and McCue, K. (1998). The effects of a psychological preparation program on anxiety in children and adolescents undergoing gastrointestinal endoscopy. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 27: 161-5.
- Maisto, S. A. and Connors, G. J. (1992). Using subject and collateral reports to measure alcohol consumption. In R. Z. Litten and J. P. Allen (eds.), *Measuring Alcohol Consumption: Psychological and Biochemical Methods*. New Jersey: Humana Press.
- Malfetti, J. (1985). Public information and education sections of the report of the Presidential Commission on Drunk Driving: a critique and a discussion of research implication. *Accident Analysis and Prevention*, 17: 347-53.
- Maliski, S. L., Heilemann, M. V. and McCorkle, R. (2002). From 'death sentence' to 'good cancer': couples' transformation of a prostate cancer diagnosis. *Nursing Research*, 51: 391-7.
- Mallion, J. M., Baguet, J. P., Siche, J. P., Tremel, F. and de Gaudemaris, R. (1998). Compliance, electronic monitoring and antihypertensive drugs. *Journal of Hypertension*, (suppl.)16: S75-9.

- Malow, R. M., Baker, S. M., Klimas, N., Antoni, M. H., Schneiderman, N., Penedo, F. J., Ziskind, D., Page, B., McMahon, R. and McPherson, S. (1998). Adherence to complex combination antiretroviral therapies by HIV-positive drug abusers. *Psychiatric Services*, 49: 1021-2.
- Mandelblatt, J. and Kanesky, P. A. (1995). Effectiveness of interventions to enhance physician screening for breast cancer. *Journal of Family Practice*, 40: 162-71.
- Maniadakis, N. and Gray, A. (2000). The economic burden of back pain in the UK. *Pain*, 84: 95-103.
- Manning, P. K. and Fabrega, H. (1973). The experience of self and body: health and illness in the Chiapas Highlands. In G. Psathas (ed.), *Phenomenological Sociology: Issues and Applications*. New York: Wiley.
- Mannino, D. M. (2003). Chronic obstructive pulmonary disease: definition and epidemiology. *Respiratory Care*, 48: 1185-91.
- Manson, J. E., Greenland, P., LaCroix, A. Z., Stefanick, M. L., Mouton, C. P., Oberman, A., Perri, M. G., Sheps, D. S., Pettinger, M. B. and Siscovick, D. S. (2002). Walking compared with vigorous exercise for prevention of cardiovascular events in women. *New England Journal of Medicine*, 347: 716-25.
- Manstead, A. S. R. (2000). The role of moral norm in the attitude-behavior relationship. In D. J. Terry and M. A. Hogg (eds.), *Attitudes, Behavior and Social Context: The Role of Norms and Group Membership*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Mantyselka, P., Kumpusalo, E., Ahonen, R., Kumpusalo, A., Kauhanen, J., Viinamaki, H., Halonen, P. and Takala, J. (2001). Pain as a reason to visit the doctor: a study in Finnish primary health care. *Pain*, 89: 175-80.
- Marcus, B. H., Rakowski, W. and Rossi, J. S. (1992). Assessing motivational readiness and decisionmaking for exercise. *Health Psychology*, 22: 3-16.
- Marcus, B. H., Selby, V. C., Niaura, R. S. and Rossi, J. S. (1992). Self-efficacy and the stages of exercise behaviour change. *Research Quarterly in Exercise and Sport*, 63: 60-6.
- Marinus, J., Ramaker, C., van Hilten, J. J. and Stigebout, A. M. (2002). Health related quality of life in Parkinson's disease: a systematic review of disease specific instruments. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 72: 241-8.
- Markovitz, J. H., Matthews, K. A., Kannel, W. B., Cobb, J. L. and D'Agostino, R. B. (1993). Psychological predictors of hypertension in the Framingham study: is there tension in hypertension? *Journal of the American Medical Association*, 270: 2439-43.
- Marks, D. F. (ed.) (2002). *The Health Psychology Reader*. London: Sage Publications.
- Marks, D. F., Murray, M., Evans, B. and Willig, C. (2000). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. London: Sage.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M. and Thrasher, S. (1998). Treatment of post-traumatic stress disorder by exposure and/or cognition restructuring. *Archives of General Psychiatry*, 55: 317-25.
- Marlatt, G. A., Baer, J. S., Donovan, D. M. and Kivlahan, D. R. (1986). Addictive behaviors: etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39: 223-52.
- Marmot, M. G., Davey-Smith, G. and Stansfield, S. (1991). Health inequalities among British civil servants: the Whitehall study II. *The Lancet*, 337: 1387-93.
- Marmot, M. G., Fuhrer, R., Ettner, S. L., Marks, N. F., Bumpass, L. L. and Ryff, C. D. (1998). Contribution of psychosocial factors to socioeconomic differences in health. *The Milbank Quarterly*, 76: 403-448.
- Marmot, M. G. and Madge, N. (1987). An epidemiological perspective on stress and health. In S. V. Kasl and C. L. Cooper (eds.), *Research Methods in Stress and Health Psychology*, London: Wiley.
- Marmot, M., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M. and Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science and Medicine*, 44: 901-10.
- Marmot, M. G., Shipley, M. J. and Rose, G. (1984). Inequalities in health – specific explanations of a general pattern? *The Lancet*, i, 1003-6.
- Marteau, T. M. (1989). Framing of information: its influence upon decisions of doctors and patients. *British Journal of Social Psychology*, 28: 89-94.
- Marteau, T. M., Kidd, J., Cuddeford, L. and Walker, P. (1996). Reducing anxiety in women referred for colposcopy using an information booklet. *British Journal of Health Psychology*, 1: 181-9.
- Marteau, T. M. and Kinmouth, A. L. (2002). Screening for cardiovascular risk: public health imperative or matter for individual informed choice? *British Medical Journal*, 325: 78-80.

- Martin, J., Sabugal, G. M., Rubio, R., Sainz-Maza, M., Blanco, J. M., Alonso, J. L. and Dominiguez, J. (2001). Outcomes of a health education intervention in a sample of patients infected by HIV, most of them injection drug users: possibilities and limitations. *AIDS Care*, 13: 467-73.
- Martin, L. M., Calle, E. E., Wingo, P. A. and Heath, C. W., Jr (1996). Comparison of mammography and Pap test use from the 1987 and 1992 National Health Interview Surveys: are we closing the gaps? *American Journal Preventive Medicine*, 12: 82-90.
- Martin, R., Rothrock, N., Leventhal, H. and Leventhal, E. (2003). Common sense models of illness: implications for symptom perception and health-related behaviours. In J. Suls and K. A. Wallston (eds.), *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Oxford: Blackwell.
- Marucha, P. T., Kiecolt-Glaser, J. K. and Favgehi, M. (1998). Mucosal wound healing is impaired by examination stress. *Psychosomatic Medicine*, 60: 362-5.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Maslach, C. (1997). Burnout in health professionals. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West and C. McManus (eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Matano, R. A., Futa, K. T., Wanat, S. F., Mussman, L. M. and Leung, C. W. (2000). The Employee Stress and Alcohol Project: the development of a computer-based alcohol abuse prevention program for employees. *Journal of Behavioral Health Services Research*, 27: 152-65.
- Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37: 1-14.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: a 1990 challenge for the health sciences professions. In J. D. Matarazzo, N. E. Miller, S. M. Weiss, J. A. Herd and S. M. Weiss (eds.), *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*. New York: Wiley.
- Mathews, C., Guttmacher, S. J., Coetzee, N., Magwaza, S., Stein, J., Lombard, C., Goldstein, S. and Coetzee, D. (2002). Evaluation of a video based health education strategy to improve sexually transmitted disease partner notification in South Africa. *Sexually Transmitted Infections*, 78: 53-7.
- Matthews, K. A., Siegel, J. M., Kuller, L. H., Thompson, M. and Vanat, M. (1983). Determinants of decision to seek medical treatment by patients with acute myocardial infarction symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44: 1144-56.
- McCann, B. S., Retzlaff, B. M., Dowdy, A. A., Walden, C. E. and Knopp, R. H. (1990). Promoting adherence to low-fat, low-cholesterol diets: review and recommendations. *Journal of the American Dietetic Association*, 90: 1408-14.
- McCann, J., Stockton, D. and Goddard, S. (2002). Impact of false-positive mammography on subsequent screening attendance and risk of cancer. *Breast Cancer Research*, 4: R11.
- McCarron, P., Davey-Smith, G. and Wormsley, J. (1994). Deprivation and mortality in Glasgow: changes from 1980 to 1992. *British Medical Journal*, 309: 1481-2.
- McCarthy, W. H. and Shaw, H. M. (1989). Skin Cancer in Australia. *Medical Journal of Australia*, 150: 469-70.
- McClenahan, R. and Weinman, J. (1998). Determinants of carer distress in non-acute stroke. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 33: 138-43.
- McCorkle, R., Strumpf, N., Nuamah, I., Adler, D. C., Cooley, M. E., Jepson, C., Lusk, E. J. and Torosian, M. (2000). A specialized home care intervention improves survival among older post-surgical cancer patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 48: 1707-13.
- McCracken, L. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74: 21-7.
- McCracken, L. M. and Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, 105: 197-204.
- McCrae, R. E. and Costa, P. T. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 81-90.
- McCrae, R. E. and Costa, P. T. (1990). *Personality in Adulthood*. New York: Guilford Press.
- McCrae, R. E., Costa, P. T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hrebickova, M., Avia, M. D., Sanz, J., Sancez-Bernardos, M. L., Kusdil, M. E., Woodfield, R., Saunders, P. R. and Smith, P. B. (2000). Nature over nurture: temperament, personality and life-span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78: 173-86.
- McCrae, R. R. (1990). Controlling neuroticism in the measurement of stress. *Stress Medicine*, 6: 237-40.

- McCubbin, H. I. and Patterson, J. M. (1982). Family adaptations to crisis. In H. I. McCubbin, A. Cauble and J. Patterson (eds.), *Family Stress, Coping and Social Support*. Springfield, Ill. : Charles Thomas.
- McCubbin, H. I. and Patterson, J. M. (1983). The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation. In H. I. McCubbin, M. B. Sussman and J. M. Patterson (eds.), *Social Stress and the Family: Advances and Developments in Family Stress Theory and Research*. New York: Haworth Press.
- McDermott, M. M., Schmitt, B. and Wallner, E. (1997). Impact of medication non-adherence on coronary heart disease outcomes. *Archives of Internal Medicine*, 157: 1921-9.
- McDonald, H. P., Garg, A. X. and Haynes, R. B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions: scientific review. *Journal of the American Medical Association*, 288: 2868-79.
- McElnay, J. and McCallion, C. R. (1998). Adherence and the elderly. In L. B. Myers and K. Midence (eds.), *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam: Harwood Academic.
- McEwan, M. J., Espie, C. A. and Metcalfe, J. (2004). A systematic review of the contribution of qualitative research to the study of quality of life in children and adolescents with epilepsy. *Seizure*, 13: 3-14.
- McGill, H. C. and Stern, M. P. (1979). Sex and atherosclerosis. *Atherosclerosis Review*, 4: 157-248.
- McGuire, W. (1985). Attitudes and attitude change. In G. Lindzey and E. Aronson (eds.), *Handbook of Social Psychology*, Vol. 2. New York: Random House.
- McHugh, P., Lewis, S., Ford, S., Newlands, E., Rustin, G., Coombes, C., Smith, D., O'Reilly, S. and Fallowfield, L. (1995). The efficacy of audiotapes in promoting psychological well-being in cancer patients: a randomised, controlled trial. *British Journal of Cancer*, 71: 388-92.
- McKenna, M. C., Zevon, M. A., Corn, B. and Rounds, J. (1999). Psychosocial factors and the development of breast cancer: a meta-analysis. *Health Psychology*, 18: 520-31.
- McKenna, S. P. (2004). Assessing the quality of life in phases I and II anti-cancer drug trials: interviews versus questionnaires by Cox K (letter to the editor). *Social Science and Medicine*, 58: 659-60.
- McKenna, S. P., Whalley, D. and Doward, L. C. (2000). Which outcomes are important in schizophrenia trials? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 9 (suppl. 1): S58-67.
- McKiernan, F. M. (1996). Bereavement and attitudes to death. In R. T. Woods (ed.), *Handbook of the Clinical Psychology of Ageing*. Chichester: Wiley.
- McLeod, J. D. and Kessler, R. C. (1990). Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events. *Journal of Health and Social Behaviour*, 31: 162-72.
- McNair, D., Lorr, M. and Droppelman, L. (1971). *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- McNeil, B. J., Pauker, S. G., Sox, H. C., Jr and Tversky, A. (1982). On the elicitation of preferences for alternative therapies. *New England Journal of Medicine*, 306: 1259-62.
- McPherson, K. M., McNaughton, H. and Pentland, B. (2000). Information needs of families when one member of the family has a severe brain injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 23: 295-301.
- Mechanic, D. (1962). The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Disease*, 15: 189-94.
- Mechanic, D. (1972). Social psychological factors affecting the presentation of bodily complaints. *New England Journal of Medicine*, 286: 1132-9.
- Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology*, 2nd edn. New York: Free Press.
- Meehan, G., Collins, J. and Petrie, K. (2002). Delay in seeking medical care for self-detected breast symptoms in New Zealand women. *New Zealand Medical Journal*, 115: U257.
- Meenan, R. F. and Mason, J. H. (1990). *AIMS2 Users Guide*. Boston University School of Medicine, Department of Public Health.
- Meeske, K. A., Ruccione, K. and Globe, D. R. (2001). Posttraumatic stress, quality of life, and psychological distress in young adult survivors of childhood cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28: 481-9.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress Inoculation Training*. New York: Pergamon Press.
- Meijer, S. A., Sinnema, G., Bijstra, J. O., Mellenbergh, G. J. and Wolters, W. H. G. (2002). Coping style and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Social Science and Medicine*, 54: 1453-61.

- Melchior, M., Berkman, L. F., Niedhammer, I., Chea, M. and Goldberg, M. (2003). Social relations and self-reported health: a prospective analysis of the French Gazel cohort. *Social Science and Medicine*, 56: 1817-30.
- Mel'nikova, T. S. (1993). Thresholds of pain responses to electrical stimuli in patients with endogenous depression. *Patologichskaia Fiziologiya I Eksperimentalnaia Terapiia*, 4: 19-21.
- Melzack, R. (1973). *The Puzzle of Pain*. London: Penguin Education.
- Melzack, R. (1975). The McGill pain questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1: 277-99.
- Melzack, R. (1999). From the gate to the neuromatrix. *Pain*, suppl. 6: S121-6.
- Melzack, R. and Wall, P. D. (1965). Pain mechanisms: a new theory. *Science*, 50: 971-9.
- Mendlowicz, M. V. and Stein, M. B. (2001). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157: 669-82.
- Merritt, M. M., Bennett, G. G., Williams, R. B., Sollers, J. J., III and Thayer, J. F. (2004). Low educational attainment, John Henryism, and cardiovascular reactivity to and recovery from personally relevant stress. *Psychosomatic Medicine*, 66: 49-55.
- Merzel, C. and D'Afflitti, J. (2003). Reconsidering community-based health promotion: promise, performance, and potential. *American Journal of Public Health*, 93: 557-74.
- Meyer, J. M. and Stunkard, A. J. (1993). Genetics and human obesity. In A. J. Stunkard and T. A. Wadden (eds.), *Obesity: Theory and Therapy*. New York: Raven Press.
- Meyer, T. J. and Mark, M. M. (1995). Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, 12: 101-8.
- Michell, L. and Amos, A. (1997). Girls, pecking order, and smoking. *Social Science and Medicine*, 44: 1861-9.
- Michie, S., Dormandy, E. and Marteau, T. M. (2004). Increasing screening uptake among those intending to be screened: the use of action plans. *Patient Education and Counselling*, 55: 218-22.
- Michie, S., Miles, J. and Weinman, J. (2003). Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter? *Patient Education and Counselling*, 51: 197-206.
- Mikkelsen, A. and Saksvik, P. O. (1999). Impact of a participatory organizational intervention on job characteristics and job stress. *International Journal of Health Services Research*, 29: 871-93.
- Miller, S. M. (1987). Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52: 345-53.
- Miller, S. M., Brody, D. S. and Summerton, J. (1987). Styles of coping with threat: implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54: 142-8.
- Miller, S. M., Fang, C. Y., Manne, S. L., Engstrom, P. F. and Daly, M. B. (1999). Decision making about prophylactic oophorectomy among at-risk women: psychological influences and implications. *Gynaecological Oncology*, 75: 406-12.
- Miller, S. M., Rodoletz, M., Mangan, C. E., Schroeder, C. M. and Sedlacek, T. V. (1996). Applications of the monitoring process model to coping with severe long-term medical threats. *Health Psychology*, 15: 216-25.
- Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., Gujarrro, M. L. and Hallet, A. J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119: 322-48.
- Miller, T. Q., Turner, C. W., Tindale, R. S., Posavac, E. J. and Dugoni, B. L. (1991). Reasons for the trend towards null findings in research on Type A behavior. *Psychological Bulletin*, 110: 469-85.
- Miller, W. and Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York: Guilford Press.
- Milne, S., Welch, V., Brosseau, L., Saginur, M., Shea, B., Tugwell, P. and Wells, G. (2001). Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic low back pain. In *The Cochrane Library*, issue 4. Oxford: Update Software.
- Ming, E. E., Adler, G. K., Kessler, R. C., Fogg, L. F., Matthews, K. A., Herd, J. A. and Rose, R. M. (2004). Cardiovascular reactivity to work stress predicts subsequent onset of hypertension: the Air Traffic Controller Health Change Study. *Psychosomatic Medicine*, 66: 459-65.
- Misra, R., Crist, M. and Burant, C. J. (2003). Relationships among life stress, social support, academic stressors, and reactions to stressors of international students in the United States. *International Journal of Stress Management*, 10: 137-57.
- Mitchell, A. J. and Kumar, M. (2002). Influence of psychological coping on survival – review is not systematic (letter to the editor). *British Medical Journal*, 326: 598.

- Mitchell, J. B., Ballard, D. J., Matchar, D. B., Whisnant, J. P. and Samsa, G. P. (2000). Racial variation in treatment for transient ischemic attacks: impact of participation by neurologists. *Health Services Research*, 34: 1413-28.
- Mittag, W. and Schwarzer, R. (1993). Interaction of employment status and self-efficacy on alcohol consumption: a two-wave study on stressful life transitions. *Psychology and Health*, 8: 7-87.
- Moens, V., Baruch, G. and Fearon, P. (2003). Opportunistic screening for Chlamydia at a community based contraceptive service for young people. *British Medical Journal*, 326: 1252-5.
- Moldofsky, H. and Chester, W. J. (1970). Pain and mood patterns in patients with rheumatoid arthritis. A prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 32: 309-18.
- Molyneux, A., Lewis, S., Leivers, U., Anderton, A., Antoniak, M., Brackenridge, A., Nilsson, F., McNeill, A., West, R., Moxham, J. and Britton, J. (2003). Clinical trial comparing nicotine replacement therapy (NRT) plus brief counselling, brief counselling alone, and minimal intervention on smoking cessation in hospital inpatients. *Thorax*, 58: 484-8.
- Montazeri, A., Jarvandi, S., Haghighat, S., Vahdani, M., Sajadian, A., Ebrahimi, M. and Haji-Mahmoodi, M. (2001). Anxiety and depression in breast cancer patients before and after participation in a cancer support group. *Patient Education and Counseling*, 45: 195-8.
- Montgomery, C., Lydon, A. and Lloyd, K. (1999). Psychological distress among cancer patients and informed consent. *Journal of Psychosomatic Research*, 46: 241-5.
- Montgomery, C., Pocock, M., Titley, K. and Lloyd, K. (2003). Predicting psychological distress in patients with leukaemia and lymphoma. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 289-92.
- Moore, L. (2001). Are fruit tuck shops in primary schools effective in increasing pupils' fruit consumption? A randomised controlled trial. Abstract available from <http://www.cf.ac.uk/socsi/whoswho/moore-tuckshop.html>
- Moore, L., Paisly, C. M. and Dennehy, A. (2000). Are fruit tuck shops in primary schools effective in increasing pupils' fruit consumption? A randomised controlled trial. *Nutrition and Food Science*, 30: 35-8.
- Moore, S. and Rosenthal, D. (1993). *Sexuality in Adolescence*. London: Routledge.
- Moore, S. M., Barling, N. R. and Hood, B. (1998). Predicting testicular and breast self-examination behaviour: a test of the theory of reasoned action. *Behaviour Change*, 15: 41-9.
- Moorey, S. and Greer, S. (1994). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho-Oncology*, 3: 39-46.
- Moorey, S., Greer, S., Bliss, J. and Law, M. (1998). A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, 7: 218-28.
- Moorey, S., Greer, S., Watson, M. (1994). Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho-oncology*, 3: 39-46.
- Moos, R. H. and Schaefer, A. (1984). The crisis of physical illness: an overview and conceptual approach. In R. H. Moos (ed.), *Coping with Physical Illness: New Perspectives*, Vol. 2. New York: Plenum.
- Mor, V., Malin, M. and Allen, S. (1994). Age differences in the psychosocial problems encountered by breast cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 16: 191-7.
- Morgan, J., Roufeil, L., Kaushik, S. and Bassett, M. (1998). Influence of coping style and precolonoscopy information on pain and anxiety of colonoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy*, 48: 119-27.
- Morley, S., Eccleston, C. and Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80: 1-13.
- Morris, C. D. and Carson, S. (2003). Routine vitamin supplementation to prevent cardiovascular disease: a summary of the evidence for the U. S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 139: 56-70.
- Morris, D. B. (1999). Sociocultural and religious meanings of pain. In R. J. Gatchel and D. C. Turk (eds.), *Psychosocial Factors in Pain*. New York: Guilford Press.
- Morris, J. N., Clayton, D. G., Everitt, M. G., Semmence, A. M. and Burgess, E. H. (1990). Exercise in leisure time: coronary attack and death rates. *British Heart Journal*, 63: 325-34.
- Morris, P. L. P., Robinson, R. G., Andrzejewski, P., Samuels, J. and Price, T. R. (1993). Association of depression with 10-year poststroke mortality. *American Journal of Psychiatry*, 150: 124-9.
- Morrison, M. F., Petitto, J. M., Ten Have, T., Gettes, D. R., Chiappini, M. S., Weber, A. L., Brinker-Spence, P., Bauer, R. M., Douglas, S. D. and

- Evans, D. L. (2002). Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *American Journal of Psychiatry*, 159: 789-96.
- Morrison, V. (1988). Observation and snowballing: useful tools for research into illicit drug use? *Social Pharmacology*, 2: 247-71.
- Morrison, V. (1999). Predictors of carer distress following a stroke. *Reviews in Clinical Gerontology*, 9: 265-71.
- Morrison, V. (2001). The need to explore discrepant illness cognitions when predicting patient outcomes. *Health Psychology Update*, 10: 9-13.
- Morrison, V. (2003). Furthering the socio-cognitive explanation of addiction. *Neuro-Psychoanalysis*, 5: 39-42.
- Morrison, V., Ager, A. and Willock, J. (1999). Perceived risk of tropical diseases in Malawi: evidence of unrealistic pessimism and the irrelevance of beliefs of personal control? *Psychology, Health and Medicine*, 4: 361-8.
- Morrison, V., Cottrell, L., Dawson, J., Jere, C., Jones, V., and Waddon, A. (2002). Police force stress: Psychological and job feature characteristics. Paper presented at the *Annual Conference of the European Health Psychology Society*, September.
- Morrison, V., Hutchinson, A. and McCarthy, M. (2000). Illness perceptions, perceived control and adherence in child asthmatics: are child-parent beliefs discrepant? Poster presentation at European Health Psychology Society annual conference, Leiden, The Netherlands.
- Morrison, V., Johnston, M. and MacWalter, R. (2000). Predictors of distress following an acute stroke: disability, control cognitions and satisfaction with care. *Psychology and Health*, 15: 395-407.
- Morrison, V. and Plant, M. A. (1991). Licit and illicit drug initiations and alcohol related problems among illicit drug users in Edinburgh. *Drug and Alcohol Dependence*, 27: 19-27.
- Morrison, V., Pollard, B., Johnston, M. and MacWalter, R. (2005 in press) Anxiety and depression 3 years following stroke: demographic, clinical and psychological predictors. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Morrison, V. L. (1991a). The impact of HIV upon injecting drug users: a longitudinal study. *AIDS Care*, 3: 197-205.
- Morrison, V. L. (1991b). Starting, switching, stopping: users' explanations of illicit drug use. *Drug and Alcohol Dependence*, 27: 213-17.
- Morrison, V., White-Gwenin, C., a'ch Dafydd, N., Unwin, A., and Griffith, G. (2005 in revision). Can information modify people's intentions to undergo genetic testing?: an experimental study.
- Morse, J. M. and Johnson, J. L. (1991). Towards a theory of illness. The illness constellation model. In J. M. Morse and J. L. Johnson (eds.), *The Illness Experience: Dimensions of Suffering*. Newbury Park, Calif. : Sage.
- Morse, S. R. and Fife, B. (1998). Coping with a partner's cancer: adjustment at four stages of the illness trajectory. *Oncology Nursing Forum*, 25: 751-60.
- Moss-Morris, R. and Chalder, T. (2003). Illness perceptions and levels of disability in patients with chronic fatigue syndrome and rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 55: 305-8.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. and Buick, D. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17: 1-16.
- Murgraff, V., McDermott, M. R., White, D. and Phillips, K. (1999). Regret is what you get: the effects of manipulating anticipated affect and time perspective on risky single occasion drinking. *Alcohol and Alcoholism*, 34: 590-600.
- Murphy, D., Lindsay, S. and Williams, A. C. de C. (1997). Chronic low back pain: predictions of pain and relationship to anxiety and avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 35: 231-8.
- Murray, D. F., Marks, M., Evans, B. and Willig, C. (2000). *Health Psychology: Theory, Research and Practice*. London: Sage.
- Murray, M. (1997). A narrative approach to health psychology: background and potential. *Journal of Health Psychology*, 2: 9-20.
- Murray, M. and Campbell, C. (2003). Beyond the sidelines: towards a more politically engaged health psychology. *Health Psychology Update*, 12: 12-17.
- Murrell, R. (2001). Assessing the quality of life of individuals with neurological illness. *Health Psychology Update*, 10.
- Myers, L. B. (1998). Repressive coping, trait anxiety and reported avoidance of negative thoughts. *Personality and Individual Differences*, 24: 299-303.
- Myers, L. B. and Reynolds, D. (2000). How optimistic are repressors? The relationship between repressive coping, controllability, self-esteem and comparative optimism for health-related events. *Psychology and Health*, 15: 677-87.

- Myers, J., Froelicher, V., Do, D., Partington, S. and Atwood, J. E. (2002). Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *New England Journal of Medicine*, 346: 793-801.
- Nagasako, E. M., Oaklander, A. L. and Dworkin, R. H. (2003). Congenital insensitivity to pain: an update. *Pain*, 101: 213-19.
- Naish, J., Brown, J. and Denton, B. (1994). Intercultural consultations: investigation of factors that deter non-English speaking women from attending their general practitioners for cervical screening. *British Medical Journal*, 309: 1126-8.
- Naliboff, B. D., Munakata, J., Chang, L. and Mayer, E. A. (1998). Toward a biobehavioral model of visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 45: 485-93.
- National Collaborating Centre for Chronic Conditions (2004). Chronic obstructive pulmonary disease. National clinical guidelines on management of chronic obstructive pulmonary disease in adults in primary and secondary care. *Thorax*, 59 (suppl. 1): 1-232.
- National Diet and Nutrition Survey: Adults aged 19-64, Vol 1.* (2000) Carried out in 2000 on behalf of the Food Standards Agency and Department of Health by the Social Survey Division of the Office for National Statistics and Medical Research Council Human Nutrition Research. London: Stationery Office.
- National Institutes of Health Technology Assessment Panel (1996). Integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia. *Journal of the American Medical Association*, 276: 313-18.
- Navas-Nacher, E. L., Colangelo, L., Beam, C. and Greenland, P. (2001). Risk factors for coronary heart disease in men 18 to 39 years of age. *Annals of Internal Medicine*, 134: 433-9.
- Nazroo, J. (1997). *The Health of Britain's Ethnic Minorities: Findings from a National Survey*. London: Policy Studies Institute.
- Nazroo, J. Y. (1998). *Genetic, Cultural or Socioeconomic Vulnerability? Explaining Ethnic Inequalities in Health*. Oxford: Blackwell.
- Neaton, J. D., Blackburn, H., Jacobs, D. et al. (1992). Serum cholesterol and mortality findings for men screened in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Archives of Internal Medicine*, 152: 1490-500.
- Nelson, D. V., Baer, P. E. and Cleveland, S. E. (1998). Family stress management following acute myocardial infarction: an educational and skills training intervention program. *Patient Education and Counseling*, 34: 135-45.
- Ness, A., Hooper, L., Egger, M., Powles, J. W. and Davey-Smith, G. (2003). Fruit and vegetables for cardiovascular disease. In *The Cochrane Library*, issue 1. Oxford: Update Software.
- Ness, A. R. and Powles, J. W. (1997). Fruit and vegetables, and cardiovascular disease: a review. *International Journal of Epidemiology*, 26: 1-13.
- Nestle, M. (1997). Alcohol guidelines for chronic disease prevention: from prohibition to moderation. *Nutrition Today*, 32: 86-92.
- New, S. J. and Senior, M. (1991). 'I don't believe in needles': qualitative aspects of a study into the uptake of infant immunisation in two English health authorities. *Social Science and Medicine*, 33: 509-18.
- Newhagen, J. and Reeves, B. (1987). Emotion and memory responses for negative political advertising: a study of television commercials used in the 1988 presidential campaign. In F. Biocca (ed.), *Television and Political Advertising*, Vol. 1. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Ng, B., Dimsdale, J. E., Rollnick, J. D. and Shapiro, H. (1996). The effect of ethnicity on prescriptions for patient-controlled anaesthesia for post-operative pain. *Pain*, 66: 9-12.
- NHS Centre for Reviews and Dissemination (1999). *Effective healthcare: getting evidence into practice*. NHS CRD, Vol. 5, No. 1. London: Royal Society of Medicine Press.
- NHS Executive (1996). *Patient Partnership: Building a Collaborative Strategy*. Leeds: NHS Executive.
- Nichols, K. (1993). *Psychological Care in Physical Illness*. Nelson Thornes.
- Nicolson, N. A. and van Diest, R. (2000). Salivary cortisol levels in vital exhaustion. *Journal of Psychosomatic Research*, 49: 335-42.
- Niemcryk, S. J., Speer, M. A., Travis, L. B. and Gary, H. E. (1990). Psychosocial correlates of haemoglobin A1c in young adults with type I diabetes. *Journal of Psychosomatic Research*, 34: 617-27.
- Niemi, M., Laaksonen, R., Kotila, M. and Waltimo, O. (1988). Quality of life 4 years after stroke. *Stroke*, 19: 1101-7.
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Triemstra, M., Sanderman, R. and van den Bos, G. A. M. (2001). Dynamics in cancer caregiver's health over time:

- gender-specific patterns and determinants. *Psychology and Health*, 16: 471-88.
- Noble, L. M. (1998). Doctor-patient communication and adherence to treatment. In L. B. Myers and K. Midence (eds.), *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. Amsterdam: Harwood Academic.
- Norberg, A. L., Lindblad, F. and Boman, K. K. (2005). Coping strategies in parents of children with cancer. *Social Science and Medicine*, 60: 965-75.
- Nordstrom, C. K., Dwyer, K. M., Merz, C. N., Shircore, A. and Dwyer, J. H. (2001). Work-related stress and early atherosclerosis. *Epidemiology*, 12: 180-5.
- Norman, P. and Bennett, P. (1996). Health locus of control. In M. Conner and P. Norman (eds.), *Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- Norman, P., Bennett, P., Smith, C. and Murphy, S. (1998). Health locus of control and health behaviour. *Journal of Health Psychology*, 3: 171-80.
- Norman, P., Conner, M. and Bell, S. (1999). The theory of planned behaviour and smoking cessation. *Health Psychology*, 18: 89-94.
- Norman, P. and Smith, L. (1995). The theory of planned behaviour and exercise: an investigation into the role of prior behaviour, behavioural intentions and attitude variability. *European Journal of Social Psychology*, 25: 403-15.
- Normandeau, S., Kalnins, I., Jutras, S. and Hanigan, D. (1998). A description of 5 to 12 year old children's conception of health within the context of their daily life. *Psychology and Health*, 13(5): 883-96.
- Norris, V. K., Stephens, M. A. and Kinney, J. M. (1990). The influence of family interactions on recovery from stroke: help or hindrance? *The Gerontologist*, 30: 535-42.
- Norrssell, U., Finger, S. and Lajonchere, C. (1999). Cutaneous sensory spots and the 'law of specific nerve energies': history and development of ideas. *Brain Research Bulletin*, 48: 457-65.
- Nutbeam, D., Smith, C., Moore, L. and Bauman, A. (1993). Warning! Schools can damage your health: alienation from school and its impact on child behaviour. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 29 (suppl. 1): S25-30.
- O'Boyle, C. A., McGee, H., Hickey, A., O'Malley, K. and Joyce, C. R. B. (1992). Individual quality of life in patients undergoing hip replacement. *The Lancet*, 339: 1088-91.
- O'Boyle, C. A., McGee, H., Hickey, A., Joyce, C. R. B., Browne, J., O'Malley, K. and Hiltbrunner, B. (1993). *The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL): Administration Manual*. Dublin: Department of Psychology, Royal College of Surgeons.
- O'Brien, M. K., Petrie, K. and Raeburn, J. (1992). Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. *Medical Care Review*, 49: 435-54.
- O'Carroll, R. E., Smith, K. B., Grubb, N. R., Fox, K. A. and Masterton, G. (2001). Psychological factors associated with delay in attending hospital following a myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 51: 611-14.
- O'Cleirigh, C., Ironson, G., Antoni, M., Fletcher, M. A., McGuffey, L., Balbin, E., Schneiderman, N. and Solomon, G. (2003). Emotional expression and depth processing of trauma and their relation to long-term survival in patients with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 225-35.
- O'Connell, K., Skevington, S. and Saxena, S. on behalf of WHOQOL-HIV Group (2003). Preliminary development of the World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. *Social Science and Medicine*, 57: 1259-75.
- O'Connor, A. P., Wicker, C. A. and Germino, B. B. (1990). Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13: 167-75.
- O'Donnell, C. R., O'Donnell, L., San Doval, A., Duran, R. and Labes, K. (1998). Reductions in STD infections subsequent to an STD clinic visit. Using video-based patient education to supplement provider interactions. *Sexually Transmitted Diseases*, 25: 161-8.
- O'Donnell, L., San Doval, A., Duran, R. and O'Donnell, C. R. (1995). The effectiveness of video-based interventions in promoting condom acquisition among STD clinic patients. *Sexually Transmitted Diseases*, 22: 97-103.
- O'Farrell, T. J. and Fals-Stewart, W. (2000). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18: 51-4.
- Office for National Statistics (1997). *Smoking among Secondary School Children in 1996: England*. London: Stationery Office.
- Office for National Statistics (1998). *1996 Mortality Statistics: Cause*, Series DH2, 23. London: The Stationery Office.

- Office for National Statistics (1999). *Social Trends* 29. London: Stationery Office.
- Office for National Statistics (2000). *Results from the 1998 General Household Survey*. London: Stationery Office.
- Ogden, J. (2003). Some problems with social cognition models: a pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychology*, 22: 424-8.
- Ogden, J., Fuks, K., Gardner, M., Johnson, S., McLean, M., Martin, P. and Shah, R. (2002). Doctors' expressions of uncertainty and patient confidence. *Patient Education and Counselling*, 48: 171-6.
- Ogden, J. and Mtandabari, T. (1997). Examination stress and changes in mood and health related behaviours. *Psychology and Health*, 12: 288-99.
- Ogden, J., Veale, D. and Summers, Z. (1997). The development and validation of the Exercise Dependence Questionnaire. *Addiction Research*, 5: 343-56.
- Ohayon, M. M., Guilleminault, C., Priest, R. G., Zully, J. and Smirne, S. (2000). Is sleep-disordered breathing an independent risk factor for hypertension in the general population (13,057 subjects)? *Journal of Psychosomatic Research*, 48: 593-601.
- Oldenburg, B., Glanz, K. and French, M. (1999). The application of staging models to the understanding of health behaviour change and the promotion of health. *Psychology and Health*, 14: 503-16.
- Oldenburg, B. and Harris, D. (1996). The workplace as a setting for promoting health and preventing disease. *Homeostasis*, 37: 226-32.
- Olson, D. H. and Stewart, K. L. (1991). Family systems and health behaviours. In H. E. Schroeder (ed.), *New Directions in Health Psychology Assessment*. New York: Hemisphere.
- Ong, L. M. L., de Haes, J. C. J. M., Hoos, A. M. and Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science and Medicine*, 40: 903-18.
- Onwuanji, A. E., Clarke, A. and Vanderbush, E. (2003). Cardiovascular disease mortality. *Journal of the National Medical Association*, 95: 1146-51.
- Orbell, S. and Gillies, B. (1993). What's stressful about caring? *Journal of Applied Social Psychology*, 23: 272-90.
- Orbell, S., Hopkins, N. and Gillies, B. (1993). Measuring the impact of informal caregiving. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 3: 149-63.
- Orbell, S., Hodgkins, S. and Sheeran, P. (1997). Implementation intentions and the theory of planned behaviour. *Personality and Social Psychology*, 23: 945-54.
- Orbell, S. and Sheeran, P. (2002). Changing health behaviours: the role of implementation intentions. In D. Rutter and L. Quine (eds.), *Changing Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- Orford, J. (2001). *Excessive Appetites: A Psychological View of Addictions*, 2nd edn. Chichester: Wiley.
- Orrell, C., Bangsberg, D. R., Badri, M. and Wood, R. (2003). Adherence is not a barrier to successful antiretroviral therapy in South Africa. *AIDS*, 1369-75.
- Orth-Gomér, K., Undén, A.-L. and Edwards, M.-E. (1988). Social isolation and mortality in ischemic heart disease. *Acta Medica Scandinavica*, 224: 205-15.
- Orth-Gomér, K. and Undén, A.-L. (1990). Type A behaviour, social support, and coronary risk: interaction and significance for mortality in cardiac patients. *Psychosomatic Medicine*, 52: 59-72.
- Osse, B. H. P., Myrra, J. F. J., Vernooj-Dassen, E. S., Schade, E., de Vree, B., van den Muilensbergh, M. E. T. C. and Grol, R. P. T. M. (2002). Problems to discuss with cancer patients in palliative care: a comprehensive approach. *Patient Education and Counseling*, 47: 195-204.
- OXCHECK Study Group (1994). Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: results of the OXCHECK study after one year. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. *British Medical Journal*, 308: 308-12.
- OXCHECK Study Group (1995). Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. *British Medical Journal*, 310: 1099-104.
- Oxman, A. D., Davis, D., Haynes, R. B. and Thomson, MA. (1995). No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 153: 1423-31.
- Pachter, L. M. (1994). Culture and clinical care: folk illness beliefs and behaviours and their implications for health care delivery. *Journal of the American Medical Association*, 7: 690-4.
- Paffenbarger, R. S., Hyde, J. T., Wing, A. L. and Hsieh, C. C. (1986). Physical activity, all-cause

- mortality, and longevity of college alumni. *New England Journal of Medicine*, 314: 605-12.
- Page-Shafer, K. A., Satariano, W. A., Winkelstein, W. Jr. (1996) Comorbidity and HIV disease progression in homosexual/bisexual men. The San Francisco Men's Health Study. *Annals of Epidemiology* 1996, 6: 420-30.
- Pakenham, K. I., Dadds, M. R. and Lennon, H. V. (2002). The efficacy of a psychosocial intervention for HIV/ AIDS caregiving dyads and individual caregivers: a controlled treatment outcome study. *AIDS Care*, 14: 731-50.
- Pakenham, K. I., Pruss, M. and Clutton, S. (2000). The utility of sociodemographics, knowledge and health belief model variables in predicting reattendance for mammography screening: a brief report. *Psychology and Health*, 15: 585-91.
- Panagopoulou, E., Kersbergen, B. and Maes, S. (2002). The effects of emotional (non-)expression in (chronic) disease: a meta-analytic review. *Psychology and Health*, 17: 529-45.
- Papanicolaou, D. A., Wilder, R. L., Manolagas, S. C. and Chrousos, G. P. (1998). The pathophysiologic roles of interleukin-6 in human disease. *Archives of Internal Medicine*, 128: 127-37.
- Paris, W., Muchmore, J., Pribil, A., Zuhdi, N. and Cooper, D. K. (1994). Study of the relative incidences of psychosocial factors before and after heart transplantation and the influence of post-transplantation psychosocial factors on heart transplantation outcome. *Journal of Heart Lung Transplantation*, 13: 424-30.
- Park, D. C., Morrell, R. W., Frieske, D. and Kincaid, D. (1992). Medication adherence behaviors in older adults: effects of external cognitive supports. *Psychology and Aging*, 7: 252-6.
- Parkes, K. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, coping appraisal and coping in stressful episodes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46: 655-68.
- Parle, M., Maguire, P. and Heaven, C. (1997). The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. *Social Science and Medicine*, 44: 231-40.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
- Partridge, C. and Johnston, M. (1989). Perceived control of recovery from physical disability: measurement and prediction. *British Journal of Clinical Psychology*, 28: 53-9.
- Pate, R. R., Pratt, M., Blair, S. N., Haskell, W. L., Macera, C. A., Bouchard, C. et al. (1995). Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273: 402-7.
- Paterson, J., Moss-Morris, R. and Butler, S. J. (1999). The effect of illness experience and demographic factors on children's illness representations. *Psychology and Health*, 14: 117-29.
- Paton, A. (1999). Reflections on alcohol and the young. Invited commentary. *Alcohol and Alcoholism*, 34: 502-5.
- Patterson, B. K., Carlo, D. J., Kaplan, M. H., Marecki, M., Pawha, S. and Moss, R. B. (1999). Cell-associated HIV-1 messenger RNA and DNA in T-helper cell and monocytes in asymptomatic HIV-1-infected subjects on HAART plus an inactivated HIV-1 immunogen. *AIDS*, 13: 1607-11.
- Patterson, D. R. and Jensen, M. P. (2003). Hypnosis and clinical pain. *Psychological Bulletin*, 129: 495-521.
- Patton, G. C., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. H. and Wakeling, A. (1990). Abnormal attitudes in London schoolgirls – a prospective epidemiological study: outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, 20: 383-94.
- Patrick, D. L. and Peach, H. (1989). *Disablement in the Community*. Oxford: Oxford University Press.
- Pearlin, L. I. (1983). Role strains and personal stress. In H. B. Kaplan (ed.), *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research*. New York: Academic Press.
- Pearlin, L. I. and Mullan, J. T. (1992). Loss and stress in ageing. In M. L. Wykle, E. Kahara and J. Kowal (eds.), *Stress and Health among the Elderly*. New York: Springer Verlag.
- Peay, M. Y. and Peay, E. R. (1998). The evaluation of medical symptoms by patients and doctors. *Journal of Behavioral Medicine*, 21: 57-81.
- Pelosi, A. J. and Appleby, L. (1992). Psychological influences on cancer and ischaemic heart disease (for debate). *British Medical Journal*, 304: 1295-8.
- Pelosi, A. J. and Appleby, L. (1993). Personality and fatal diseases. *British Medical Journal*, 306: 1666-7.
- Peltola, H., Patja, A., Leinikki, P., Valle, M., Davidkin, I. and Paunio, M. (1998). No evidence for measles, mumps and rubella vaccine-associated inflammatory bowel disease or autism in a 14-year prospective study. *The Lancet*, 351: 1327-8.

- Pendleton, D. A. (1983). Doctor-patient communication: a review. In D. Pendleton and J. Hasler (eds.), *Doctor-Patient Communication*. London: Academic Press.
- Pendleton, D., Schofield, T., Tate, P., Havelock, P. (1984). *The Consultation: An Approach to Learning and Teaching*. Oxford: Oxford University Press.
- Pennebaker, J. W. (1982). Social and perceptual factors affecting symptom reporting and mass psychogenic illness. In M. J. Colligan, J. W. Pennebaker and L. R. Murphy (eds.), *Mass Psychogenic Illness: A Social Psychological Analysis*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Pennebaker, J. W. (1992). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer Verlag.
- Pennebaker, J. W. (1993). Putting stress into words: health, linguistic and therapeutic implications. *Behavioral Research Therapy*, 31: 539-48.
- Pennebaker, J. W. and Beall, S. (1986). Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. *Journal of Abnormal Psychology*, 95: 274-81.
- Pennebaker, J. W., Colder, M. and Sharp, L. K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58: 528-37.
- Pennebaker, J. W., Kiecolt-Glaser, J. and Glaser, R. (1988). Disclosure of trauma and immune function: health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 239-45.
- Pennebaker, J. W. and Skelton, J. A. (1981). Selective monitoring of bodily sensations. *Journal of Personality and Social Behaviour*, 35: 167-74.
- Penninx, B., Guralnik, J. M., Pahor, M., Ferrucci, L., Cerhan, J. R., Wallace, R. B. and Havlik, R. J. (1998). Chronically depressed mood and cancer risk in older persons. *Journal of the National Cancer Institute*, 90: 1888-93.
- Penninx, B. W. J. H., van Tilburg, T., Kriegsman, D. M. W., Boeke, A. J. P., Deeg, D. J. H. and van Eijk, J. T. M. (1999). Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *Journal of Ageing and Health*, 11: 151-68.
- Penny, G. N., Bennett, P. and Herbert, M. (eds.) (1994). *Health Psychology: A Lifespan Perspective*. Switzerland: Harwood Academic.
- Perloff, L. S. and Fetzer, B. K. (1986). Self-other judgements and perceived vulnerability to victimization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50: 502-10.
- Perry, C. L. and Grant, M. (1988). Comparing peer-led to teacher-led youth alcohol education in four countries. (Australia, Chile, Norway and Swaziland). *Alcohol Health and Research World*, 12: 322-6.
- Perry, K., Petrie, K. J., Ellis, C. J., Horne, R. and Moss-Morris, R. (2001). Symptom expectations and delay in acute myocardial infarction patients. *Heart*, 86: 91-2.
- Persky, V. W., Kempthorne-Rawson, J. and Shekelle, R. B. (1987). Personality and risk of cancer: 20 year follow-up of the Western Electric study. *Psychosomatic Medicine*, 49: 435-49.
- Perugini, M. and Bagozzi, R. P. (2001). The role of desires and anticipated emotions in goal-directed behaviours: broadening and deepening the theory of planned behaviour. *British Journal of Social Psychology*, 40: 79-98.
- Peterson, T. R. and Aldana, S. G. (1999). Improving exercise behaviour: an application of the stages of change model in a worksite setting. *American Journal of Health Promotion*, 13: 229-32.
- Peto, R., Darby, S., Deo, H., Silcocks, P., Whitley, E. and Doll, R. (2000). Smoking, smoking cessation, and lung cancer in the UK since 1950: combination of national statistics with two case-control studies. *British Medical Journal*, 321: 323-9.
- Peto, R. and Lopez, A. D. (1990). Worldwide mortality from current smoking patterns. In B. Durs-ton and K. Jamrozik (eds.), *Tobacco and Health 1990: The Global War*. Proceedings of the 7th World Conference on Tobacco and Health. Perth: Health Department of Western Australia.
- Peto, R., Lopez, A. D., Borehan, J., Thun, M. and Heath, C., Jr (1994). *Mortality from Smoking in Developed Countries 1950-2000*. Oxford: Oxford University Press.
- Petrak, J. A., Doyle, A.-M., Smith, A., Skinner, C. and Hedge, B. (2001). Factors associated with self-disclosure of HIV serostatus to significant others. *British Journal of Health Psychology*, 6: 69-79.
- Petrie, K. J., Booth, R. J., Pennebaker, J. W., Davison, K. P. and Thomas, M. G. (1995). Disclosure of trauma and immune response to hepatitis B vaccination program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63: 787-92.
- Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J. and Booth, R. J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 47: 537-43.

- Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N. and Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after a myocardial infarction. *British Medical Journal*, 312: 1191-4.
- Petrie, K. J. and Weinman, J. (2003). More focus needed on symptom appraisal (editorial). *Journal of Psychosomatic Research*, 54: 401-3.
- Petruzzello, S. J., Jones, A. C. and Tate, A. K. (1997). Affective responses to acute exercise: a test of opponent-process theory. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 37: 205-11.
- Petticrew, A., Fraser, J. and Regan, M. (1999). Adverse life events and risk of breast cancer: a meta-analysis. *British Journal of Health Psychology*, 4: 1-17.
- Petticrew, M., Bell, R. and Hunter, D. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: a systematic review. *British Medical Journal*, 325: 1066.
- Petty, R. and Cacioppo, J. (1986). The elaboration likelihood model of persuasion. In L. Berkowitz (ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 19. Orlando, Fla: Academic Press.
- Petty, R. E. and Cacioppo, J. T. (1996). *Attitudes and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches*. Boulder, Colo. : Westview Press.
- Peveler, R., Carson, A. and Rodin, G. (2002). Depression in medical patients. *British Medical Journal*, 325: 149-52.
- PHLS Communicable Disease Surveillance Centre (2002). *HIV and AIDS in the United Kingdom 2001. An Update: November 2002*. London: PHLS, ICH (London) and SCIEH.
- Piaget, J. (1930). *The Child's Conception of Physical Causality*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Piaget, J. (1970). Piaget's theory. In P. H. Mussen (ed.), *Carmichael's Manual of Child Psychology*, 3rd edn, Vol. 1. New York: Wiley.
- Piette, J. D., Weinberger, M. and McPhee, S. J. (2000). The effect of automated calls with telephone nurse follow-up on patient-centered outcomes of diabetes care: a randomized controlled trial. *Medical Care*, 38: 218-30.
- Pinel, J. P. J. (2003). *Biopsychology*, 5th edn. Boston: Allyn and Bacon.
- Pinerua-Shuhaibar, L., Prieto-Rincon, D., Ferrer, A., Bonilla, E., Maixner, W. and Suarez-Roca, H. (1999). Reduced tolerance and cardiovascular responses to ischemic pain in minor depression. *Journal of Affective Disorders*, 56: 119-26.
- Pinquart, M. and Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18: 250-67.
- Pirozzo, S., Summerbell, C., Cameron, C. and Glasziou, P. (2003). Advice on low-fat diets for obesity. In *The Cochrane Library*, issue 1. Oxford: Update Software.
- Plante, T. G. and Rodin, J. (1990). Physical fitness and enhanced psychological health. *Current Psychology Research and Reviews*, 9: 3-24.
- Potter, J., Hami, F., Bryan, T. and Quigley, C. (2003). Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliative Medicine*, 17: 310-14.
- Potter, J. D., Slattery, M. L., Bostick, R. M. and Gapstur, S. M. (1993). Colon cancer: a review of the epidemiology. *Epidemiological Review*, 15: 499-545.
- Pound, P., Bury, M., Gompertz, P. and Ebrahim, S. (1994). Views of survivors of stroke on the benefits of physiotherapy. *Quality in Health Care*, 3: 69-74.
- Powell-Griner, E., Anderson, J. E. and Murphy, W. (1997). State and sex-specific prevalence of selected characteristics behavioural risk factor surveillance system, 1994 and 1995. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Centres for Disease Control, surveillance summaries, 46: 1-31.
- Power, R., Koopman, C., Volk, J., Israelski, D. M., Stone, L., Chesney, M. A. and Spiegel, D. (2003). Social support, substance use, and denial in relationship to antiretroviral treatment adherence among HIV-infected persons. *AIDS Patient Care and STDs*, 17: 245-52.
- Prentice, A. M. and Jebb, S. A. (1995). Obesity in Britain: gluttony or sloth. *British Medical Journal*, 311: 437-9.
- Prescott-Clarke, P. and Primatesta, P. (1998). *Health survey for England: the health of young people 1995-97*. London: The Stationery Office.
- Price, R. A. and Gottesman, I. I. (1991). Body fat in identical twins reared apart: roles for genes and environment. *Behavioral Genetics*, 21: 1-7.
- Price, V. A. (1988). Research and clinical issues in treating Type A behavior. In B. K. Houston and C. R. Snyder (eds.), *Type A Behavior Pattern: Research, Theory, and Practice*. New York: Wiley.
- Prochaska, J. O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action based on twelve problem behaviours. *Health Psychology*, 13: 47-51.

- Prochaska, J. O. and di Clemente, C. C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood Ill. : Dow Jones Irwin.
- Prochaska, J. O. and di Clemente, C. C. (1986). Towards a comprehensive model of change. In B. K. Houston and N. Heather (eds.), *Treating Addictive Behaviours: Processes of Change*. New York: Plenum.
- Prochaska, J. O. and Marcus, B. H. (1994). The transtheoretical model: applications to exercise. In R. K. Dishman (ed.), *Advances in Exercise Adherence*. Champaign, Ill. : Human Kinetics.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., Fowler, J. L. and Follick, M. J. (1992). Attendance and outcome in a worksite weight control program: processes and stages of change as process and predictor variables. *Addictive Behaviors*, 17: 35-45.
- Prochaska, J. O., Velicer, W. F., Rossi, J. S. et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviours. *Health Psychology*, 13: 39-46.
- Prohaska, T. R., Funch, D. and Blesch, K. S. (1990). Age patterns in symptom perception and illness behaviour among colorectal cancer patients. *Behavior, Health and Aging*, 1: 27-39.
- Prohaska, T. R., Keller, M. L., Leventhal, E. A. and Leventhal, H. (1987). Impact of symptoms and aging attribution on emotions and coping. *Health Psychology*, 6: 495-514.
- Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22: 1300-11.
- Ptacek, J. T. P. and Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news: a review of the literature. *Journal of the American Medical Association*, 276: 496-502.
- Ptacek, J. T., Ptacek, J. J. and Ellison, H. (2001). 'I'm sorry to tell you' - physicians' reports of breaking bad news. *Journal of Behavioral Medicine*, 24: 205-17.
- Puska, P., Tuomilehto, J., Nissinen, A. and Vartiainen, E. (1985). *The North Karelia Project: 20 Year Results and Experiences*. Helsinki: National Public Health Institutem.
- Quah, S.-H. and Bishop, G. D. (1996). Seeking help for illness: the roles of cultural orientation and illness cognition. *Journal of Health Psychology*, 1: 209-22.
- Quick, J. D., Nelson, D. L., Matuszek, P. A. C., Whittington, J. L. and Quick, J. C. (1996). Social support, secure attachments and health. In C. L. Cooper (ed.), *Handbook of Stress, Medicine and Health*. London: CRC Press.
- Qureshi, M., Thacker, H. L., Litaker, D. G. and Kippes, C. (2000). Differences in breast cancer screening rates: an issue of ethnicity or socioeconomic? *Journal of Women's Health and Gender Based Medicine*, 9: 1025-31.
- Radley, A. (1994). *Making Sense of Illness: The Social Psychology of Health and Disease*. London: Sage.
- Radley, A. (1996). Social psychology and health: framing the relationship. *Psychology and Health*, 11: 629-34.
- Rafferty, Y., Friend, R. and Landsbergis, P. A. (2001). The association between job skill discretion, decision authority and burnout. *Work and Stress*, 15: 73-85.
- Raftery, K. A., Smith-Coggins, R. and Chen, A. H. (1995). Gender-associated differences in emergency department pain management. *Annals of Emergency Medicine*, 26: 414-21.
- Ragland, D. R. and Brand, R. J. (1988). Type A behaviour and mortality from coronary heart disease. *New England Journal of Medicine*, 318: 65-9.
- Rahe, R. (1974). Life change and subsequent illness reports. In E. K. E. Gunderson and R. Rahe (eds.), *Life Stress and Illness*. Springfield, Ill.: Charles Thomas.
- Ramirez, A., Craig, T., Watson, J., Fentiman, I., North, W. and Rubens, R. (1989). Stress and relapse of breast cancer. *British Medical Journal*, 298: 291-3.
- Ramirez, A. J., Westcombe, A. M., Burgess, C. C., Sutton, S., Littlejohns, P. and Richards, M. A. (1999). Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *The Lancet*, 353: 1119-26.
- Rand, C. S. and Wise, R. A. (1994). Measuring adherence to asthma medication regimens. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 149 (suppl.): 69-76.
- Rawl, S. M., Given, B. A., Given, C. W., Champion, V. L., Kozachik, S. L. and Barton, D. (2002). Intervention to improve psychological functioning for newly diagnosed patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 29: 967-75.
- Reddy, D. M., Fleming, R. and Adesso, V. J. (1992). Gender and health. In S. Maes, H. Leventhal and

- M. Johnston (eds.), *International Review of Health Psychology*, Vol. 1. Chichester: Wiley.
- Rees, K., Bennett, P., Vedhara, K., West, R., Davey-Smith, G. and Ibrahim, S. (2004). Stress management for coronary heart disease. *The Cochrane Library*.
- Renner, B. and Schwarzer, R. (2003). Social-cognitive factors in health behaviour change. In J. Suls and K. Wallston (eds.), *Social Foundations of Health and Illness*. Oxford: Blackwell.
- Renzi, C., Peticca, L. and Pescatori, M. (2000). The use of relaxation techniques in the perioperative management of proctological patients: preliminary results. *International Journal of Colorectal Diseases*, 15: 313-16.
- Resnicow, K., Jackson, A., Wang, T., De, A. K., McCarty, F., Dudley, W. N. and Baranowski, T. A. (2001). Motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through black churches: results of the Eat for Life trial. *American Journal of Public Health*, 91: 1686-93.
- Rhodes, F. and Wolitski, B. (1990). Perceived effectiveness of fear appeals in AIDS education: relationship to ethnicity, gender, age and group membership. *AIDS Education and Prevention*, 2: 1-11.
- Rhodewalt, F. and Zone, J. B. (1989). Appraisal of life change, depression, and illness in hardy and nonhardy women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56: 81-8.
- Ricciardelli, L. A. and McCabe, M. P. (2001). Children's body image concerns and eating disturbance: a review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 21: 325-44.
- Rice, P. L. (1992). *Stress and Health*. California, Brooks/Cole.
- Richard, R., van der Pligt, J. and de Vries, N. (1996). Anticipated regret and time perspective: changing sexual risk-taking behaviour. *Journal of Behavioural Decision Making*, 9: 185-99.
- Richards, J., Fisher, P. and Conner, F. (1989). The warnings on cigarette packages are ineffective. *Journal of the American Medical Association*, 261: 45.
- Richards, M. A., Westcombe, A. M., Love, S. B., Littlejohns, P. and Ramirez, A. J. (1999). Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *The Lancet*, 353: 1119-26.
- Richardson, J. (2000). The use of randomised control trials in complementary therapies: exploring the issues. *Journal of Advanced Nursing*, 32: 398-406.
- Richmond, R. L., Kehoe, L. and de Almeida Neto, A. C. (1997). Effectiveness of a 24-hour transdermal nicotine patch in conjunction with a cognitive behavioural programme: one year outcome. *Addiction*, 92: 27-31.
- Ridgeway, V. and Mathews, A. (1982). Psychological preparation for surgery: a comparison of methods. *British Journal of Clinical Psychology*, 21: 271-80.
- Riemsma, R. P., Taal, E. and Rasker, J. J. (2003). Group education for patients with rheumatoid arthritis and their partners. *Arthritis and Rheumatism*, 49: 556-66.
- Rigby, K., Brown, M., Anagnostou, P., Ross, M. W. and Rosser, B. R. S. (1989). Shock tactics to counter AIDS: the Australian experience. *Psychology and Health*, 3: 145-59.
- Riley, J. L., III, Wade, J. B., Myers, C. D., Sheffield, D., Papas, R. K. and Price, D. D. (2002). Racial/ethnic differences in the experience of chronic pain. *Pain*, 100: 291-8.
- Rivis, A. and Sheeran, P. (2003). Social influences and the theory of planned behaviour: evidence for a direct relationship between prototypes and young people's exercise behaviour. *Psychology and Health*, 18: 567-83.
- Roberts, C. S., Cox, C. E., Reintgen, D. S., Baile, W. F. and Gibertini, M. (1994). Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer*, 74: 336-41.
- Roberts, J. and Rowland, M. (1981). *Hypertension in Adults 25-74 years of age, United States, 1971-1975*. Hyattsville, Md: National Center for Health Statistics (Vital and Health Statistics, Series II: Data from the National Health Survey, No. 221). DHHS publication No. 81-1671.
- Rogers, C. R. (1961). *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, E. (1983). *Diffusion of Innovations*. New York: Free Press.
- Rogers, G., Curry, M., Oddy, J., Pratt, N., Beilby, J. and Wilkinson, D. (2003). Depressive disorders and unprotected casual anal sex among Australian homosexually active men in primary care. *HIV Medicine*, 4: 271-5.
- Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological responses to fear appeals and attitude change: a revised theory of protection motivation. In J. T. Cacioppo and R. E. Petty (eds.), *Social psychophysiology: a source book*. New York: Guilford Press.

- Romelsjö, A. and Branting, M. (2000). Consumption of illegal alcohol among adolescents in Stockholm county. *Contemporary Drug Problems*, 27: 315-33.
- Rosch, P. J. (1994). Can stress cause coronary heart disease? (editorial). *Stress Medicine*, 10: 207-10.
- Rose, J. S., Chassin, L., Presson, C. C. and Sherman, S. J. (1996). Prospective predictors of quit attempts and smoking cessation in young adults. *Health Psychology*, 15: 261-8.
- Rose, S., Bisson, J. and Wessely, S (2001). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Systematic Review*, 3.
- Rosenfeld, B., Breitbart, W., McDonald, M. V., Pasik, S. D., Thaler, H. and Portenoy, R. K. (1996). Pain in ambulatory AIDS patients II: impact of pain on psychological functioning and quality of life. *Pain*, 68: 323-8.
- Rosengren, A., Orth-Gomér, K., Wedel, H. and Wilhelmssen, L. (1993). Stressful life events, social support, and mortality in men born in 1933. *British Medical Journal*, 307: 1102-5.
- Rosenman, R. H. (1978). Role of Type A pattern in the pathogenesis of ischaemic heart disease and modification for prevention. *Advances in Cardiology*, 25: 34-46.
- Rosenman, R. H. (1996). Personality, behavior patterns, and heart disease. In C. Cooper (ed.), *Handbook of Stress, Medicine and Health*. Florida: CRC Press.
- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Jenkins, C. D., Friedman, M., Straus, R. and Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group study; follow-up experience after 8 and a half years. *Journal of the American Medical Association*, 233: 872-7.
- Rosenman, R. H., Brand, R. J., Sholtz, R. I. and Friedman, M. (1976). Multivariate prediction of coronary heart disease during 8.5 year follow-up in the Western Collaborative Group study. *The American Journal of Cardiology*, 37: 903-10.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44: 94-124.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behaviour. *Health Education Monographs*, 2: 354-86.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for the internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 90: 1-28.
- Rovelli, M., Palmeri, D., Vossler, E., Bartus, S., Hull, D. and Schweizer, R. (1989). Noncompliance in organ transplant recipients. *Transplant Proceedings*, 21: 833-4.
- Royal College of Physicians (1995). *Alcohol and the Public Health*. London: Macmillan.
- Ruberman, W., Weinblatt, E., Goldberg, J. D. and Chaudhary, B. S. (1984). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57: 316-30.
- Rudat, K. (1994). *Black and Minority Ethnic Groups in England: Health and Lifestyles*. London: Health Education Authority.
- Russell, M. A., Wilson, C. and Baker, C. D. (1979). Effect of general practitioners' advice against smoking. *British Medical Journal*, 2: 231-5.
- Rutter, D. R. (2000). Attendance and reattendance for breast cancer screening: a prospective 3-year test of the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 2: 199-216.
- Rutter, D. and Quine, L. (2002). *Changing Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- Safer, M. A., Tharps, Q. J., Jackson, T. C. and Leventhal, H. (1979). Determinants of three stages of delay in seeking care at a medical setting. *Medical Care*, 7: 11-29.
- Safren, S. A., Otto, M. W. and Worth, J. L. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: Life-Steps and medication monitoring. *Behaviour Research and Therapy*, 39: 1151-62.
- Safren, S. A., Radosky, A. S., Otto, M. W. and Salomon, E. (2002). Predictors of psychological well-being in a diverse sample of HIV-positive patients receiving highly active antiretroviral therapy. *Psychosomatics*, 43: 478-84.
- Sales, J., Duffy, J., Plant, M. and Peck, D. (1989). Alcohol consumption, cigarette sales and mortality in the United Kingdom: An analysis of the period 1970-1985. *Drug and Alcohol Dependence*, 24: 155-60.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B. and Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55: 110-21.
- Samkoff, J. S. and Jacques, C. H. (1991). A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. *Academic Medicine*, 66: 687-93.
- Sanders, S. H., Brena, S. F., Spier, C. J., Beltrutti, D., McConnell, H. and Quintero, O. (1992).

- Chronic low back pain patients around the world: crosscultural similarities and differences. *Journal of Clinical Pain*, 8: 317-23.
- Sanderson, C. and Jemmott, J. (1996). Moderation and mediation of HIV-prevention interventions: relationship status, intentions, and condom use among college students. *Journal of Applied Social Psychology*, 26: 2076-99.
- Sapolsky, R. (1986). Glucocorticoid toxicity in the hippocampus: reversal by supplementation with brain fuels. *Journal of Neuroscience*, 6: 2240-4.
- Sapolsky, R. M. (1994). *Why Zebras Don't Get Ulcers*. New York: W. H. Freeman.
- Sapolsky, R. M. (1996). Why stress is bad for your brain. *Science*, 273: 749-50.
- Sapolsky, R. M., Krey, L. C. and McEwan, B. S. (1986). The neuroendocrinology of stress and ageing: the glucocorticoid cascade hypothesis. *Endocrine Reviews*, 7: 284-301.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G. and Pierce, G. R. (1990). Traditional views of social support and their impact on assessment. In B. R. Sarason, I. G. Sarason and G. R. Pierce (eds.), *Social Support: An Interactional View*. New York: Wiley.
- Saremi, A., Hanson, R. L., Tulloch-Reid, M., Williams, D. E. and Knowler, W. C. (2004). Alcohol consumption predicts hypertension but not diabetes. *Journal of Studies of Alcohol*, 65: 184-90.
- Sarkisian, C. A., Liu, H. H., Ensrud, K. E., Stone, K. L. and Mangione, C. M. (2001). Correlates of attribution of new disability to 'old age'. *Journal of the American Geriatric Society*, 49: 134-41.
- Saunders, C. and Baines, M. (1983). *Living with Dying: The Management of Terminal Disease*. Oxford: Oxford University Press.
- Saunders, R. P., Pate, R. R., Felton, G., Dowda, M., Weinrich, M. C., Ward, D. S., Parsons, M. A. and Baranowski, T. (1997). Development of questionnaires to measure psychosocial influences on children's physical activity. *Preventive Medicine*, 26: 241-7.
- Sausen, K. P., Lovallo, W. R., Pincomb, G. A. and Wilson, M. F. (1992). Cardiovascular responses to occupational stress in medical students: a paradigm for ambulatory monitoring studies. *Health Psychology*, 11: 55-60.
- Savage, R. and Armstrong, D. (1990). Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. *British Medical Journal*, 301: 968-70.
- Scharloo, M. and Kaptein, A. (1997). Measurement of illness perceptions in patients with chronic somatic illness: a review of the literature. In K. J. Petrie and J. Weinman (eds.), *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications*. London: Harwood Academic.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Hazes, J. M., Willems, L. N. A., Bergman, W., Rooijmans, H. G. M. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease, and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44: 573-85.
- Scheier, M. F. and Carver, C. S. (1985). Optimism, Coping and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4: 219-47.
- Scheier, M. F. and Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy Research*, 16: 201-28.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K., and Carver, C. S. (1986). Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51: 1257-1264.
- Scherwitz, L., Perkins, L., Chesney, M., Hughes, G., Sidney, S. and Manolio, T. A. (1992). Hostility and health behaviours in young adults: the CARDIA study. *American Journal of Epidemiology*, 136: 136-45.
- Schiaffino, K. M. and Cea, C. D. (1995). Assessing chronic illness representations: the implicit models of illness questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 18: 531-48.
- Schlenk, E. A., Dunbar-Jacob, J. and Engberg, S. (2004). Medication non-adherence among older adults: a review of strategies and interventions for improvement. *Journal of Gerontological Nursing*, 30: 33-43.
- Schmalig, K. B., Smith, W. R. and Buchwald, D. S. (2000). Significant other responses are associated with fatigue and functional status among patients with chronic fatigue syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 62: 444-50.
- Schneider, R. J., Casey, J. and Kohn, R. (2000). Motivational versus confrontational interviewing: a comparison of substance abuse assessment practices at employee assistance programs. *Journal of Behavioral Health Service Research*, 27: 60-74.
- Schneiderman, N., Antoni, M. H. and Saab, P. G. (2001). Health psychology: psychosocial and bi-behavioral aspects of chronic disease management. *Annual Review of Psychology*, 52: 555-80.

- Schofield, P. E., Butow, P. N., Thompson, J. F., Tattersall, M. H., Beeney, L. J. and Dunn, S. M. (2003). Psychological responses of patients receiving a diagnosis of cancer. *Annals of Oncology*, 14: 48-56.
- Scholte op Reimer, J., de Haan, R. J., Rijners, P. T., Limburg, M. and van den Bos, G. A. (1998). The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke*, 29: 1605-11.
- Schulz, R., Bookwala, J., Knapp, J. E., Scheier, M. and Williamson, G. M. (1996). Pessimism, age, and cancer mortality. *Psychology and Aging*, 11: 304-9.
- Schulz, R., O'Brien, A., Bookwala, J. and Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates and causes. *The Gerontologist*, 35: 771-91.
- Schulz, R. and Quittner, A. L. (1998). Caregiving for children and adults with chronic conditions: introduction to the special issue. *Health Psychology*, 17: 107-11.
- Schulz, R., Tompkins, C. A., and Rau, M. T. (1988). A longitudinal study of the psychosocial impact of stroke on primary support persons. *Psychology and Aging*, 3: 131-41.
- Schulz, U. and Mohamed, N. E. (2004). Turning the tide: benefit finding after cancer surgery. *Social Science and Medicine*, 59: 653-62.
- Schur, E. A., Sanders, M. and Steiner, H. (2000). Body dissatisfaction and dieting in young children. *International Journal of Eating Disorders*, 27: 74-82.
- Schwartz, B. S., Stewart, W. F., Simon, D. and Lipton, R. B. (1998). Epidemiology of tension-type headache. *Journal of the American Medical Association*, 279: 381-3.
- Schwartz, G. E. and Weiss, S. (1977). What is behavioral medicine? *Psychosomatic Medicine*, 36: 377-81.
- Schwarzer, R. (1992). Self efficacy in the adoption and maintenance of health behaviours: theoretical approaches and a new model. In R. Schwarzer (ed.), *Self Efficacy: Thought Control of Action*. Washington: Hemisphere.
- Schwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: a systematic overview. *Psychology and Health*, 9: 161-80.
- Scollay, P., Doucett, M., Perry, M. and Winterbottom, B. (1992). AIDS education of college students: the effect of an HIV-positive lecturer. *AIDS Education and Prevention*, 4: 160-71.
- Scottish Executive (1999). *Fair Shares for All*. Report of the National Review of Resource Allocation for the NHS in Scotland, chaired by Professor Sir John Arbutnott, principal and vice-chancellor of Strathclyde University. Edinburgh: HMSO.
- Seale, C. (1991). A comparison of hospice and conventional care. *Social Science and Medicine*, 32: 147-52.
- Seale, C. and Kelly, M. (1997). A comparison of hospice and hospital care for the spouses of people who die. *Palliative Care*, 11: 101-6.
- Searle, A. and Bennett, P. (2001). Psychological factors and inflammatory bowel disease: a review of a decade of literature. *Psychology, Health and Medicine*, 6: 121-35.
- Searle, B., Bright, J. E. H. and Bochner, S. (2001). Helping people to sort it out: the role of social support in the Job Strain Model. *Work and Stress*, 15: 328-46.
- Segan, C. J., Borland, R. and Greenwood, K. M. (2002). Do transtheoretical model measures predict the transition from preparation to action in smoking cessation? *Psychology and Health*, 17: 417-35.
- Segestrom, S. C., Taylor, S. E., Kemeny, M. E. and Fahey, J. L. (1998). Optimism is associated with mood, coping, and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74: 1646-55.
- Seidman, D. F. and Covey, L. S. (eds.) (1999). *Helping the Hard-core Smoker. A Clinician's Guide*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Seligman, M. E. P. (2003). Positive psychology: fundamental assumptions. *The Psychologist*, 16: 126-7.
- Seligman, M. E. P. and Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55: 5-14.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1974). *Stress without Distress*. Philadelphia: Lipincott.
- Selye, H. (1991). History and present status of the stress concept. In A. Monat and R. S. Lazarus (eds.), *Stress and Coping*. New York: Columbia University Press.
- Shaffer, J. W., Graves, P. L., Swank, R. T. and Pearson, T. A. (1987). Clustering of personality traits in youth and the subsequent development of cancer among physicians. *Journal of Behavioral Medicine*, 10: 441-7.

- Shakeshaft, A. P., Bowman, J. A. and Sanson-Fisher, R. W. (1999). A comparison of two retrospective measures of weekly alcohol consumption: diary and quantity/frequency index. *Alcohol and Alcoholism*, 34: 636-45.
- Shaper, A. G., Wannamethee, G. and Walker, M. (1994). Alcohol and coronary heart disease: a perspective from the British Regional Heart Study. *International Journal of Epidemiology*, 23: 482-94.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing: Basic Principles*. New York: Guilford Press.
- Sharp, T. J. (2001). Chronic pain: a reformulation of the cognitive-behavioural model. *Behaviour Research and Therapy*, 39: 787-800.
- Sharpe, P. A., Granner, M. L., Hutto, B. and Ainsworth, B. E. (2004). Association of environmental factors to meeting physical activity recommendations in two South Carolina counties. *American Journal of Health Promotion*, 18: 251-7.
- Sheeran, P. (2002). Intention-behaviour relations: a conceptual and empirical review. In M. Hewstone and W. Stroebe (eds.), *European Review of Social Psychology*, Vol. 11. Chichester: Wiley.
- Sheeran, P. and Abraham, C. (1996). The health belief model. In M. Conner and P. Norman (eds.), *Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- Sheeran, P., Abraham, C. S. and Orbell, S. (1999). Psychosocial correlates of heterosexual condom use: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125: 90-132.
- Sheeran, P. and Orbell, S. (1996). How confidently can we infer health beliefs from questionnaire responses? *Psychology and Health*, 11: 273-90.
- Sheeran, P. and Orbell, S. (1998). Do intentions predict condom use? Meta-analysis and examination of six moderator variables. *British Journal of Social Psychology*, 37: 231-50.
- Sheeran, P. and Orbell, S. (1999). Implementation intentions and repeated behaviour: augmenting the predictive validity of the theory of planned behaviour. *European Journal of Social Psychology*, 29: 349-69.
- Sheffield, D., Biles, P. L., Orom, H., Maixner, W. and Sheps, D. S. (2000). Race and sex differences in cutaneous pain perception. *Psychosomatic Medicine*, 62: 517-23.
- Sheppard, B. H., Hartwick, J. and Warshaw, P. R. (1988). The theory of reasoned action: a meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research*, 15: 325-43.
- Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., DiMatteo, M. R. and Kravitz, R. L. (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15: 447-68.
- Sherr, L. (1987). An evaluation of the UK government health education campaign on AIDS, *Psychology and Health*, 1: 61-72.
- Sherwood, A. and Turner, J. R. (1992). A conceptual and methodological overview of cardiovascular reactivity research. In J. R. Turner, A. Sherwood and K. C. Light (eds.), *Individual Differences in Cardiovascular Responses to Stress*. New York, Plenum.
- Shewchuck, R. M., Richards, J. S. and Elliott, T. R. (1998). Dynamic processes in health outcomes among caregivers of patients with spinal cord injuries. *Health Psychology*, 17: 125-9.
- Shifren, K. and Hooker, K. (1995). Stability and change in optimism: a study among spouse caregivers. *Experimental Aging Research*, 21: 59-76.
- Shilts, R. (2000). *And the Band Played on: Politics, People and the AIDS Epidemic*. St Martin's Press.
- Shinar, D., Schechtman, E. and Compton, R. (1999). Trends in safe driving behaviors and in relation to trends in health maintenance behaviors in the USA: 1985-1995. *Accident Analysis and Prevention*, 31: 497-503.
- Siegel, K., Karus, D. G., Raveis, V. H., Christ, G. H. and Mesagno, F. P. (1996). Depressive distress among the spouses of terminally ill cancer patients. *Cancer Practice*, 4: 25-30.
- Siegel, K., Schrimshaw, E. W. and Dean, L. (1999). Symptom interpretation and medication adherence among late middle-age and older HIV-infected adults. *Journal of Health Psychology*, 4: 247-57.
- Siegrist, J., Peter, R., Junge, A., Cremer, P. and Seidel, D. (1990). Low status control, high effort at work and ischemic heart disease: prospective evidence from blue collar men. *Social Science and Medicine*, 35: 1127-34.
- Sikkema, K. J., Kelly, J. A., Winett, R. A., Solomon, L. J., Cargill, V. A., Roffman, R. A., McAuliffe, T. L., Heckman, T. G., Anderson, E. A., Wagstaff, D. A., Norman, A. D., Perry, M. J., Crumble, D. A. and Mercer, M. B. (2000). Outcomes of a randomized community-level HIV-prevention intervention for women living in 18 low-income housing developments. *American Journal of Public Health*, 90: 53-7.

- Silverman, D. (1987). *Communication and Medical Practice: Social Relations and the Clinic*. London: Sage.
- Simon, J. A., Carmody, T. P., Hudes, E. S., Snyder, E. and Murray, J. (2003). Intensive smoking cessation counseling versus minimal counseling among hospitalized smokers treated with transdermal nicotine replacement: a randomized trial. *American Journal of Medicine*, 114: 555-62.
- Singh, R. K., Panday, H. P. and Singh, R. H. (2003). Irritable bowel syndrome: challenges ahead. *Current Science*, 84: 1525-33.
- Skarstein, J., Aass, N., Fossa, S. D., Skovlund, E. and Dahl, A. A. (2000). Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 49: 27-34.
- Skelton, D. A., Young, A., Walker, A. and Hoinville, E. (1999). *Physical Activity in Later Life: Further Analysis of the Allied Dunbar National Fitness Survey and the Health Education Authority National Survey of Activity and Health*. London: Health Education Authority.
- Skevington, S. M. (1990). A standardised scale to measure beliefs about controlling pain (BPCQ): a preliminary study. *Psychology and Health*, 4: 221-32.
- Sloper, P. (2000). Predictors of distress in parents of children with cancer: a prospective study. *Journal of Pediatric Psychology*, 25: 79-92.
- Smedslund, G. and Rundmo, T. (1999). Is Grossarth-Maticek's coronary prone type II an independent predictor of myocardial infarction? *Personality and Individual Differences*, 27: 1231-42.
- Smee, C., Parsonage, M., Anderson, R. and Duckworth, S. (1992). *Effects of tobacco advertising on tobacco consumption: a discussion document reviewing the evidence*. London: Department of Health.
- Smith, A. and Roberts, K. (2003). Interventions for post-traumatic stress disorder and psychological distress in emergency ambulance personnel: a review of the literature. *Emergency Medical Journal*, 20: 75-8.
- Smith, C., Roberts, J. L. and Pendelton, L. L. (1988). Booze on the box. The portrayal of alcohol on British television: a content analysis. *Health Education Research*, 3: 267-72.
- Smith, C. A. and Lazarus, R. S. (1993). Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cognition and Emotion*, 7: 233-69.
- Smith, C. A., Wallston, K. A., Dwyer, K. A. and Dowdy, S. W. (1997). Beyond good or bad coping: a multidimensional examination of coping with pain in persons with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 19: 11-21.
- Smith, H., Gooding, S., Brown, R. and Frew, A. (1998). Evaluation of readability and accuracy of information leaflets in general practices for patients with asthma. *British Medical Journal*, 317: 264-5.
- Smith, M. Y., Redd, W. H., Peyer, C., Peyser, C. and Vogl, D. (1999). Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho-Oncology*, 8: 521-37.
- Smith, T. W. (1994). Concepts and methods on the study of anger, hostility and health. In A. W. Siegman and T. W. Smith (eds.), *Anger, Hostility and the Heart*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Smith, T. W., Gallo, L. C. and Ruiz, J. M. (2003). Toward a social psychophysiology of cardiovascular reactivity: interpersonal concepts and methods in the study of stress and coronary disease. In J. Suls and K. Wallston (eds.), *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Oxford: Blackwell.
- Smyth, J. M., Stone, A. A., Hurewitz, A. and Kaell, A. (1999). Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis: a randomized trial. *Journal of the American Medical Association*, 281: 1304-9.
- Snell, J. L. and Buck, E. L. (1996). Increasing cancer screening: a meta analysis. *Preventive Medicine*, 25: 702-7.
- Soames-Job, R. F. (1988). Effective and ineffective use of fear in health promotion campaigns. *American Journal of Public Health*, 78: 163-7.
- Solmes, M. and Turnbull, O. H. (2002). *The Brain and the Inner Mind: An Introduction to the Neuroscience of Subjective Wellbeing*. New York: Other Press/ Karnac.
- Solomon, R. L. (1977). Addiction: an opponent-process theory of acquired motivation. The affective dynamics of addiction. In J. D. Maser (ed.), *Psychopathology: Experimental Models*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Sorensen, G., Morris, D. M., Hunt, M. K., Herbert, J. R., Harris, D. R., Stoddard, A. and Ockene, J. K. (1992). Work-site nutrition intervention and employees' dietary habits: the Treatwell program. *American Journal of Public Health*, 82: 877-80.

- Sorensen, G., Stoddard, A., Hunt, M. K., Hebert, J. R., Ockene, J. K., Avrunin, J. S., Himmelstein, J. and Hammond, S. K. (1998). The effects of a health promotion-health protection intervention on behavior change: the WellWorks Study. *American Journal of Public Health*, 88: 1685-90.
- Sorlie, P. D., Backlund, E. and Keller, J. B. (1995). US mortality by economic, demographic, and social characteristics: the National Longitudinal Mortality Study. *American Journal of Public Health*, 85: 949-56.
- Sparks, P., Conner, M., James, R., Shepherd, R. and Povey, R. (2001). Ambivalence about health-related behaviours: an exploration in the domain of food choice. *British Journal of Health Psychology*, 6: 53-68.
- Sparks, P. and Shepherd, R. (1992). Self-identity and the theory of planned behaviour: assessing the role of identification with green consumerism. *Social Psychology Quarterly*, 55: 388-99.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E. and Angen, M. (2000). A randomized wait-list controlled clinical trial: the effect of mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, 62: 613-22.
- Speisman, J. C., Lazarus, R. S., Mordkoff, A. and Davison, L. (1964). Experimental reduction of stress based on ego defense theory. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 68: 367-80.
- Spiegel, D. (1992). Effects of psychosocial support on patients with metastatic breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10: 113-20.
- Spiegel, D. (2001). Mind matters. Coping and cancer progression. *Journal of Psychosomatic Research*, 50: 287-90.
- Spiegel, D., Bloom, J. R. and Yalom, I. (1981). Group support for patients with metastatic cancer. A randomized outcome study. *Archives of General Psychiatry*, 38: 527-33.
- Spiegel, D., Bloom, J. R., Kraemer, H. C. and Gottheil, E. (1989). Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *The Lancet*, 14(2): 888-91.
- Stansfeld, S. A., Bosma, H., Hemingway, H. and Marmot, M. G. (1998). Psychosocial work characteristics and social support as predictors of SF-36 health functioning: the Whitehall II study. *Psychosomatic Medicine*, 60: 247-55.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S. and Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11: 93-102.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L. A., Collins, C. A., Branstetter, A. D., Rodriguez-Hanley, A., Kirk, S. B. and Austenfeld, J. L. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20: 4160-8.
- Stanton, A. L., Kirk, K. B., Cameron, C. L. and Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78: 1150-69.
- Stanton, A. L. and Snider, P. R. (1993). Coping with a breast cancer diagnosis: a prospective study. *Health Psychology*, 12: 16.
- Starace, F., Bartoli, L., Aloisi, M. S., Antinori, A., Narciso, P., Ippolito, G., Ravasio, L., Moioli, M. C., Vangi, D., Gennero, L., Coronado, O. V., Giacometti, A., Nappa, S., Perulli, M. L., Montesarchio, V., La Gala, A., Ricci, F., Cristiano, L., De Marco, M., Izzo, C., Pezzotti, P. and D'Arminio Monforte, A. (2000). Cognitive and affective disorders associated to HIV infection in the HAART era: findings from the NeuroICONA study. Cognitive impairment and depression in HIV/AIDS. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106: 20-6.
- Stead, M., Hastings, G. and Eadie, D. (2002). The challenge of evaluating complex interventions: a framework for evaluating media advocacy. *Health Education Research*, 17: 351-64.
- Steadman, L. and Quine, L. (2004). Encouraging young males to perform testicular self-examination: a simple, but effective, implementations intervention. *British Journal of Health Psychology*, 9: 479-88.
- Steadman, L., Rutter, D. R. and Field, S. (2002). Individually elicited versus modal normative beliefs in predicting attendance at breast screening: examining the role of belief salience in the theory of planned behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 7: 317-30.
- Stenner, P. H. D., Cooper, D. and Skevington, S. (2003). Putting the Q into quality of life: the identification of subjective constructions of health-related quality of life using Q methodology. *Social Science and Medicine*, 57: 2161-72.
- Stephens, C., Long, N. and Miller, N. (1997). The impact of trauma and social support on post traumatic stress disorder: a study of New Zea-

- land police officers. *Journal of Criminal Justice*, 25: 303-14.
- Stephenson, J., Bauman, A., Armstrong, T., Smith, B. and Bellew, B. (2000). *The Costs of Illness Attributable to Physical Inactivity in Australia: A Preliminary Study*. Canberra: Commonwealth Government of Australia.
- Stephoe, A., Pollard, T. and Wardle, J. (1995). Development of a measure of the motives underlying the selection of food: the food choice questionnaire. *Appetite* 1995, 25: 267-84.
- Stephoe, A., Wardle, J., Fuller, R., Holte, A., Justo, J., Sanderman, R. and Wicjstrom, L. (1997). Leisure-time physical exercise: prevalence, attitudinal correlates and behavioural correlates among young Europeans from 21 countries. *Preventive Medicine*, 26: 845-54.
- Sterne, J. A. C. and Davey-Smith, G. (2001). Sifting the evidence – what's wrong with significance tests? *British Medical Journal*, 322: 226-31.
- Stevenson, M., Palamara, P., Rooke, M., Richardson, K., Baker, M. and Baumwol, J. (2001). Drink and drug driving: what's the skipper up to? *Australia and New Zealand Journal of Public Health*, 25: 511-13.
- Stewart, A. L. and Ware, J. E. (eds.) (1992). *Measuring Functioning and Well-being: The Medical Outcomes Study Approach*. Durham, NC: Duke University Press.
- Stewart, M., Davidson, K., Meade, D., Hirth, A. and Makrides, L. (2000). Myocardial infarction: survivors' and spouses' stress, coping, and support. *Journal of Advanced Nursing*, 31: 1351-60.
- Stirling, A. M., Wilson, P. and McConnachie, A. (2001). Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice. *British Journal of General Practice*, 51: 456-60.
- St Leger, L. H. (1999). The opportunities and effectiveness of the health-promoting school in improving child health – a review of the claims and evidence. *Health Education Research*, 14: 51-69.
- Stoate, H. G. (1989). Can health screening damage your health? *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 39: 193-5.
- Stokols, D. (1992). Establishing and maintaining health environments. *American Psychologist*, 47: 6-22.
- Stone, A. A., Bovbjerg, D. H., Neale, J. M., Napoli, A., Valdimarsdottir, H. and Gwaltney, J. M., Jr (1993). Development of common cold symptoms following experimental rhinovirus infection is related to prior stressful life events. *Behavioral Medicine*, 8: 115-20.
- Stone, D. H. and Stewart, S. (1996). Screening and the new genetics: a public health perspective on the ethical debate. *Journal of Public Health Medicine*, 18: 3-5.
- Stone, G. C. (1979). Health and the health system: a historical overview and conceptual framework. In G. C. Stone, F. Cohen and N. E. Adler (eds.), *Health Psychology: A Handbook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stoudemire, A. and Hales, R. E. (1991). Psychological and behavioral factors affecting medical conditions and DSM-IV: an overview. *Psychosomatics*, 32: 5-12.
- Strang, S. and Strang, P. (2002). Questions posed to hospital chaplains by palliative care patients. *Journal of Palliative Medicine*, 5: 857-64.
- Strauss, R. S. (2000). Childhood obesity and self esteem. *Pediatrics*, 105: e15.
- Strecher, V. J., Champion, V. L. and Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model and health behaviour. In D. S. Gochman (ed.), *Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants*. New York: Plenum.
- Strecher, V. J. and Rosenstock, I. M. (1997). The health belief model. In A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West and C. McManus (eds.), *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stronks, K., VandeMheen, H., VandenBos, J. and Mackenbach, J. P. (1997). The interrelationship between income, health and employment status. *International Journal of Epidemiology*, 16: 592-600.
- Stuckey, S. J., Jacobs, A. and Goldfarb, J. (1986). EMG biofeedback training, relaxation training, and placebo for the relief of chronic back pain. *Perceptual and Motor Skills*, 63: 1023-36.
- Stunkard, A. J. and Wadden, T. (1993). *Obesity: Theory and Therapy*, 2nd edn. New York: Raven Press.
- Suarez, E. C., Kuhn, C. M., Schanberg, S. M., Williams, R. B. and Zimmermann, E. A. (1998). Neuroendocrine, cardiovascular, and emotional responses of hostile men: the role of interpersonal challenge. *Psychosomatic Medicine*, 60: 78-88.
- Suarez, E. C. and Williams, R. B. (1989). Situational determinants of cardiovascular and emotional reactivity in high and low hostile men. *Psychosomatic Medicine*, 51: 404-18.

- Suchman, C. A. (1965). Stages of illness and medical care. *Journal of Health and Social Behavior*, 6: 114-28.
- Sullivan, M. J. L., Rodgers, W. M. and Kirsch, I. (2001). Catastrophizing, depression and expectancies for pain and emotional distress. *Pain*, 91: 147-54.
- Suls, J. and Rittenhouse, J. D. (eds.). (1987). Personality and Physical Health (Special Issue). *Journal of Personality*, 55: 155-393.
- Suls, J., Wan, C. K. and Costa, P. T., Jr (1995). Relationship of trait anger to resting blood pressure: a meta-analysis. *Health Psychology*, 14: 444-56.
- SuperioCabuslay, E., Ward, M. M. and Lorig, K. R. (1996). Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a meta-analytic comparison with nonsteroidal antiinflammatory drug treatment. *Arthritis Care and Research*, 9: 292-301.
- Surwit, R. S. and Schneider, M. S. (1993). Role of stress in the etiology and treatment of diabetes mellitus. *Psychosomatic Medicine*, 55: 380-93.
- Surwit, R. S., van Tilburg, M. A. L., Zucker, N., McCaskill, C. C., Parekh, P., Feinglos, M. N., Edwards, C. L., Williams, P. and Lane, J. D. (2002). Stress management improves long-term glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 25: 30-4.
- Suter, P. B. (2002). Employment and litigation: improved by work, assisted by verdict. *Pain*, 100: 249-57.
- Sutherland, I. and Shepherd, J. P. (2001). Social dimensions of adolescent substance use. *Addiction*, 96: 445-58.
- Sutton, S. (1996). Can 'stages of change' provide guidance in the treatment of addictions? A critical examination of Prochaska and DiClemente's model. In: G. E. Edwards and C. Dare (eds.). *Psychotherapy, Psychological Treatments and the Addictions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sutton, S. (1998). Predicting and explaining intentions and behaviour: how well are we doing? *Journal of Applied Social Psychology*, 28: 1317-38.
- Sutton, S. (2000). A critical review of the transtheoretical model applied to smoking cessation. In P. Norman, C. Abraham and M. Conner (eds.), *Understanding and Changing Health Behaviour*. Amsterdam: Harwood Academic.
- Sutton, S. (2001). Back to the drawing board? A review of applications of the transtheoretical model to substance use. *Addiction*, 96: 175-86.
- Sutton, S. (2002). Using social cognition models to develop health behaviour interventions: problems and assumptions. In D. Rutter and L. Quine (eds.), *Changing Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- Sutton, S., McVey, D. and Glanz, A. (1999). A comparative test of the theory of reasoned action and the theory of planned behaviour in the prediction of condom use intentions in a national sample of English young people. *Health Psychology*, 18: 72-81.
- Swartzman, L. C. and Lees, M. C. (1996). Causal dimensions of college students' perceptions of physical symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 19(2): 85-110.
- Taaffe, D. R., Harris, T. B., Ferrucci, L., Rowe, J. and Seeman, T. E. (2000). Cross-sectional and prospective relationships of interleukin-6 and C-reactive protein with physical performance in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology. A: Biological Science and Medical Science*, 55: M709-15.
- Tan, P. E. H. and Bishop, G. D. (1996). Disease representations and related behavioural intentions among Chinese Singaporeans. *Psychology and Health*, 11: 671-83.
- Tang, P. C. and Newcomb, C. (1998). Informing patients: a guide for providing patient health information. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 5: 563-70.
- Tapper, K., Horne, P. and Lowe, C. F. (2003). The Food Dudes to the rescue! *The Psychologist*, 16: 18-21.
- Targ, E. F. and Levine, E. G. (2002). The efficacy of a mind-body-spirit group for women with breast cancer: a randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, 24: 238-48.
- Tattersall, M. H., Butow, P. N., Griffin, A.-M. and Dunn, S. M. (1994). The take-home message: patients prefer consultation audiotapes to summary letters. *Journal of Clinical Oncology*, 12: 1305-11.
- Taylor, A., Goldberg, D., Hutchinson, S., Cameron, S. and Fox, R. (2001). High risk injecting behaviour among injectors from Glasgow: cross sectional community wide surveys 1990-1999. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55: 766-7.
- Taylor, B., Miller, E., Farrington, C. P., Petropoulos, M. C., Favot-Mayaud, I., Li, J. and Waight, P. A. (1999). Autism and measles, mumps and rubella

- vaccine: no epidemiological evidence for a causal association. *The Lancet*, 2026-9.
- Taylor, B., Miller, E., Lingam, R., Andrews, N., Simmons, A. and Stowe, J. (2002). Measles, mumps and rubella vaccination and bowel problems or developmental regression in children with autism: population study. *British Medical Journal*, 324: 393-6.
- Taylor, C. B., Bandura, A., Ewart, C. K., Miller, N. H. and DeBusk, R. F. (1985). Exercise testing to enhance wives' confidence in their husbands' cardiac capability soon after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 55: 635-8.
- Taylor, S. (1983). Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38: 1161-73.
- Taylor, S. E. and Armor, D. A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64: 873-98.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodriguez, R. and Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behaviour among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, 63: 460-73.
- Taylor, S. E., Klein, L. C., Grunewald, T. L., Gurung, R. A. R. and Fernandes-Taylor, S. (2003). Affiliation, social support, and biobehavioral responses to stress. In J. Suls and K. A. Wallston (eds.), *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Oxford: Blackwell.
- Taylor, S. E., Repetti, R. L. and Seeman, T. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin? *Annual Reviews in Psychology*, 48: 411-47.
- Taylor, S. E. and Seeman, T. E. (1999). Psychosocial resources and the SES-health relationship. *Annals of the New York Academy of Science*, 896: 210-25.
- Temoshok, L. (1987). Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model. *Social Science and Medicine*, 20: 833-40.
- Temoshok, L. and Dreher, H. (1993). *The Type C connection: The Behavioral Links to Cancer and Your Health*. New York: Penguin.
- Temoshok, L. and Fox, B. H. (1984). Coping styles and other psychosocial factors related to medical status and to prognosis in patients with cutaneous malignant melanoma. In: B. H. Fox and B. Newberry (eds.), *Impact of Psychoendocrine Systems in Cancer and Immunity*. Toronto: C. J. Hogrefe.
- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S. and Carney, M. A. (2000). A daily process approach to coping: linking theory, research, and practice. *American Psychologist*, 55: 620-5.
- Terry, D. J. (1992). Stress, coping and coping resources as correlates of adaptation in myocardial infarction patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 31: 215-25.
- Theisen, M. E., MacNeill, S. E., Lumley, M. A., Ketterer, M. W., Goldberg, A. D. and Borzak, S. (1995). Psychosocial factors related to unrecognized acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 75: 1211-13.
- Theorell, T. and Karasek, R. A. (1996). Current issues relating to psychosocial job strain and cardiovascular disease research. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1: 9-26.
- Theunissen, N. C. M., de Ridder, D. T. D., Bensing, J. M. and Rutten, G. E. H. M. (2003). Manipulation of patient-provider interaction: discussing illness representations or action plans concerning adherence. *Patient Education and Counselling*, 51: 247-58.
- Theunissen, N. C. M., Vogels, T. G. C., Koopman, H. M., Verrips, G. H. W., Zwinderman, A. H., Verloove-Vanhorick, S. P. and Wit, J. M. (1998). The proxy problem: child report versus parent report in health-related quality of life research. *Quality of Life Research*, 7: 387-97.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes. Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior* (extra issue), 36: 53-79.
- Thomas, D. B., Gao, D. L., Ray, R. M., Wang, W. W., Allison, C. J., Chen, F. L., Porter, P., Hu, Y. W., Zhao, G. L., Pan, L. D., Li, W., Wu, C., Coriaty, Z., Evans, I., Lin, M. G., Stalsberg, H. and Self, S. G. (2002). Randomized trial of breast self-examination in Shanghai - final results. *Journal of the National Cancer Institute*, 94: 1445-57.
- Thomas, M., Walker, A., Wilmot, A. and Bennett, N. (1998). *Living in Britain: Results from the 1996 General Household Survey*. London: Stationery Office.
- Thompson, S. C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90: 89-101.
- Thompson, S. C., Galbraith, M., Thomas, C., Swan, J. and Vrungos, S. (2002). Caregivers of stroke

- patient family members: behavioural and attitudinal indicators of overprotective care. *Psychology and Health*, 17: 297-312.
- Thompson, S. C. and Pitts, J. C. (1992). In sickness and in health: chronic illness, marriage and spousal caregiving. In S. Spacapan and S. Oskamp (eds.), *Helping and Being Helped: Naturalistic Studies*. Newbury Park, Calif. : Sage.
- Thompson, S. C., Sobolew-Shubin, A., Galbraith, M. E., Schwankovsky, L. and Cruzen, D. (1993). Maintaining perceptions of control: finding perceived control in low-control circumstances. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64: 293-304.
- Thompson, W. G., Longstreth, G. and Drossman, D. A. (2000). Functional bowel disorders and functional abdominal pain. In D. A. Drossman, E. Corazziari, N. Talley, W. G. Thompson and W. Whitehead (eds.), *Rome II: The Functional Gastrointestinal Disorders*, 2nd edn. McLean, Va: Degnon Associates.
- Thurstone, L. L. (1928). Attitudes can be measured. *American Journal of Sociology*, 33: 529-44.
- Timko, C. and Janoff-Bulman, R. (1985). Attributions, vulnerability and psychological adjustment: the case of breast cancer. *Health Psychology*, 4: 521-44.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Baker, A. Reynolds, R. V. C. and Holm, J. E. (1988). Development and clinical trial of a minimal contact, cognitive-behavioral treatment for tension headache. *Cognitive Therapy and Research*, 12: 325-39.
- Toljamo, M. and Hentinen, M. (2001). Adherence to self care and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 10: 618-27.
- Topf, M. (1989). Sensitivity to noise, personality hardiness, and noise-induced stress in critical care nurses. *Environment and Behaviour*, 21: 717-33.
- Triandis, H. C. (1977). *Interpersonal Behavior*. Monterey, Calif. : Brooks/Cole.
- Tromp, D. M., Brouha, X. D. R., DeLeeuw, J. R. J., Hordijk, G. J. and Winnubst, J. A. M. (2004). Psychological factors and patient delay in patients with head and neck cancer. *European Journal of Cancer*, 40: 1509-16.
- Tschuschke, V., Hertenstein, B., Arnold, R. Arnold, R., Bunjes, D., Denzinger, R. and Kaechele, H. (2001). Associations between coping and survival time of adult leukaemia patients receiving allogeneic bone marrow transplantation. Results of a prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 50: 277-85.
- Tubiana-Rufi, N., Moret, L., Czernichow, P. and Chwalow, J. (1998). The association of poor adherence and acute metabolic disorders with low levels of cohesion and adaptability in families with diabetic children. The PEDIAB Collaborative Group. *Acta Paediatrica*, 87: 741-6.
- Tudor-Smith, C., Nutbeam, D., Moore, L. and Catford, J. (1998). Effects of the Heartbeat Wales programme over five years on behavioural risks for cardiovascular disease: quasi-experimental comparison of results from Wales and a matched reference area. *British Medical Journal*, 316: 818-22.
- Turk, D. C. (1986). Workshop on pain management. Birmingham, UK.
- Turk, D. C., Litt, M. D., Salovey, P. and Walker, J. (1985). Seeking urgent pediatric treatment: factors contributing to frequency, delay and appropriateness. *Health Psychology*, 4: 43-59
- Turk, D. C. and Okifuji, A. (1999). Assessment of patients' reporting of pain: an integrated perspective. *The Lancet*, 353: 1784-8.
- Turk, D. C., Rudy, T. E. and Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9: 453-74.
- Turner, G. and Shepherd, J. (1999). A method in search of a theory: peer education and health promotion. *Health Education Research*, 14: 235-47.
- Turner, J. A. and Clancy, S. (1988). Comparison of operant behavioral and cognitive-behavioral group treatment for chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56: 261-6.
- Turner, J., Page-Shafer, K., Chin, D. P., Osmond, D., Mossar, M., Markstein, L., Huitsing, J., Barnes, S., Clemente, V. and Chesney, M. Pulmonary Complications of HIV Infection Study Group (2001). Adverse impact of cigarette smoking on dimensions of health-related quality of life in persons with HIV infection. *AIDS Patient Care and STDs*, 15: 615-24.
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D. and Wetherell, M. (1987). *Rediscovering the Social Group: A Self-categorization Theory*. Oxford: Blackwell.
- Turner-Cobb, J. M., Gore-Felton, C., Marouf, F., Koopman, C., Kim, P., Israel, D. and Spiegel, D. (2002). Coping, social adjustment, and attachment style as psychosocial correlates of adjustment in men and women with HIV/AIDS. *Journal of Behavioral Medicine*, 25: 337-53.

- Turner-Cobb, J. M., Sephton, S. E., Koopman, C., Blake-Mortimer, J. and Spiegel, D. Social support and salivary cortisol in women with metastatic breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 62: 337-45.
- Tversky, A. and Kahneman, D. (1981): The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211: 453-8.
- Tyas, S. L. and Pederson, L. L. (1998). Psychological factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control*, 7: 409-20.
- Tyczynski, J. E., Bray, F., Aareleid, T. and Dalmás, M. (2004). Lung cancer mortality patterns in selected Central, Eastern and Southern European countries. *International Journal of Cancer*, 109: 598-610.
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T. and Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119: 488-533.
- UK Central Statistics Office (1980). A change in revenue from an indirect tax change. *Economic Trend*, March, 97-107.
- UK Health Education Authority and UK Sports Council (1992). *Allied Dunbar National Fitness Survey*. London: Allied Dunbar, Health Education Authority and Sports Council.
- United Nations Secretariat (2002). The ageing of the world's population. Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat. <http://www.un.org/esa/socdev/ageing/agepop.htm>.
- Urquhart-Law, G. (2002). Dissimilarity in adolescent and maternal representations of type 1 diabetes: exploration of relations to adolescent well-being. *Child Health Care and Development*, 28: 369-78.
- US Bureau of the Census (1999). *Statistical Abstracts of the United States: 1998* (118th edn). Retrieved (2. 10. 2002) from <http://www.census.gov>
- US Department of Health and Human Services (1996). *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta.
- US Department of Health and Human Services (1997). *Ninth Special Report to the U. S. Congress on Alcohol and Health, June 1997*. US Department of Health and Human Services, NIH, NIAAA.
- United States Preventive Services Task Force (USPSTF) (2003). Routine vitamin supplementation to prevent cancer and cardiovascular disease: recommendations and rationale. *Annals of Internal Medicine*, 139: 51-5.
- Vaillant, G. E. (1998). Natural history of male psychological health XIV: relationship of mood disorder, vulnerability and physical health. *American Journal of Psychiatry*, 155: 184-91.
- Valente, S. M. (2003). Depression and HIV disease. *Journal of Association of Nurses in AIDS Care*, 14: 41-51.
- van den Arend, I. J., Stolk, R. P. and Rutten, G. E. (2000). Education integrated into structured general practice care for Type 2 diabetic patients results in sustained improvement of illness knowledge and self-care. *Diabetes Medicine*, 17: 190-7.
- van den Heuvel, E. T. P., de Witte, L. P., Schure, L. M., Sanderman, R. and de Jong, B. M. (2001). Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. *Clinical Rehabilitation*, 15: 669-77.
- van den Hout, J. H. C., Vlaeyen, J. W. S., Peters, M. L., Engelhard, I. M. and van den Hout, M. A. (2000). Does failure hurt? The effects of failure feedback on pain report, pain tolerance and pain avoidance. *European Journal of Pain*, 4: 335-46.
- van der Doef, M. and Maes, S. (1998). The job demand-control(-support) model and physical health outcomes: a review of the strain and buffer hypotheses. *Psychology and Health*, 13: 909-36.
- van der Doef, M. and Maes, S. (1999). The job demand-control(-support) model and psychological well-being: a review of 20 years empirical research. *Work and Stress*, 13: 87-114.
- van der Geest, S. and Whyte, S. (1989). The charm of medicines: metaphors and metonyms. *Medical Anthropology Quarterly*, 3: 345-67.
- van der Heide, A., Deliëns, L., Faisst, K., Nilstun, T., Norup, M., Paci, E., van der Wal, G. and van der Maas, P. J. on behalf of the EURELD consortium (2003). End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *The Lancet*, 361: 345-50.
- van der Pligt, J. and de Vries, N. K. (1998). Expectancy-value models of health behaviour: the role of salience and anticipated affect. *Psychology and Health*, 13: 289-305.

- van der Pligt, J., Otten, W., Richard, R. and van der Velde, F. (1993). Perceived risk of AIDS: unrealistic optimism and self-protective action. In J. B. Prior and G. D. Reeder (eds.), *The Social Psychology of HIV Infection*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- van der Velde, F. W., Hooykaas, C. and van der Pligt, J. (1992). Risk perception and behaviour: pessimism, realism and optimism about AIDS-related health behaviour. *Psychology and Health*, 6: 23-38.
- van der Vyver, M., Halpern, S. and Joseph, G. (2002). Patient-controlled epidural analgesia versus continuous infusion for labour analgesia: a meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*, 89: 459-65.
- van Eck, M., Berkhof, H., Nicolson, N. and Sulon, J. (1996). The effects of perceived stress, traits, mood states, and stressful daily events on salivary cortisol. *Psychosomatic Medicine*, 58: 508-14.
- van Tulder, M. W., Ostelo, R. W. J., Vlaeyen, J. W. S., Linton, S. J., Morley, S. J. and Assendelft, W. J. (2003). Behavioural treatment for chronic low back pain. In *The Cochrane Library*, issue 1. Oxford: Update Software.
- van Zuuren, F. J. and Dooper, R. (1999). Coping style and self-reported health promotion and disease detection behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 4: 81-9.
- Vaughan, P. W., Rogers, E. M., Singhal, A. and Swalehe, R. M. (2000). Entertainment-education and HIV/AIDS prevention: a field experiment in Tanzania. *Journal of Health Communication*, 5: 81-100.
- Vedhara, K., Cox, N. K. M., Wilcock, G. K., Perks, P., Hunt, M., Anderson, S., Lightman, S. L. and Stancs, N. M. (1999). Chronic stress in elderly carers of dementia patients and antibody responses to influenza vaccination. *The Lancet*, 353: 627-31.
- Vedhara, K., McDermott, M. P., Evans, T. G., Treanor, J. J., Plummer, S., Tallon, D., Cruttenden, K. A. and Schifitto, G. (2002). Chronic stress in nonelderly caregivers. Psychological, endocrine and immune implications. *Journal of Psychosomatic Research*, 53: 1153-61.
- Vedhara, K., Shanks, N., Anderson, S. and Lightman, S. (2000). The role of stressors and psychosocial variables in the stress process: a study of chronic caregiver stress. *Psychosomatic Medicine*, 62: 374-85.
- Vedhara, K., Tallon, D., Gale, L., Dougan, E., Strode, A., Mudge, L. and Weinman, J. (2003). Psychological determinants of wound healing in diabetic patients with foot ulceration. Paper presented at the European Health Psychology conference, Kos, August 2003.
- Veenhoven, R. (2003). Happiness. *The Psychologist*, 16: 128-9.
- Verbrugge, L. M. and Steiner, R. P. (1985). Prescribing drugs to men and women. *Health Psychology*, 4: 79-98.
- Verdugo, R. J. and Ochoa, J. L. (1994). Sympathetically maintained pain. I. Phentolamine block questions the concept. *Neurology*, 44: 1003-10.
- Viner, R., McGrath, M. and Trudinger, P. (1996). Family stress and metabolic control in diabetes. *Archives of Diseases of Childhood*, 74: 418-21.
- Visser-Meily, A., van Heugten, C., Post, M., Schepers, V. and Lindeman, E. (2005). Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Patient Education and Counselling*, 56: 257-67.
- Vlaeyen, J. W., Kole-Snijders, A. M., Boeren, R. G. and van Eek, H. (1995). Fear of movement/(re)injury in chronic low back pain and its relation to behavioral performance. *Pain*, 62: 363-72.
- Vögele, C. (1998). Serum lipid concentrations, hostility and cardiovascular reactions to mental stress. *International Journal of Psychophysiology*, 28: 167-79.
- Vögele, C., Jarvis, A. and Cheeseman, K. (1997). Anger suppression, reactivity, and hypertension risk: gender makes a difference. *Annals of Behavioral Medicine*, 19: 61-9.
- Vögele, C. and Steptoe, A. (1993). Anger inhibition and family history as moderators of cardiovascular responses to mental stress in adolescent boys. *Journal of Psychosomatic Research*, 37: 503-14.
- Vogt, T. M., Mullooly, J. P., Ernst, D., Pope, C. R. and Hollis, J. F. (1992). Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. *Journal of Clinical Epidemiology*, 45: 659-66.
- Vosvick, M., Koopman, C., Gore-Felton, C., Thoresen, X., Krumboltz, J. and Spiegel, D. (2003). Relationship of functional quality of life to strategies for coping with the stress of living with HIV/AIDS. *Psychosomatics*, 44: 51-8.
- Wade, D. T. and Halligan, P. W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *British Medical Journal*, 329: 1398-401.

- Wakefield, A. J., Murch, S. H., Anthony, A., Linnell, J., Casson, D. M., Malik, M., Berelowitz, M., Dhillion, A. P., Thomson, M. A., Harvey, P., Valentie, A., Davies, S. E. and Walker-Smith, J. A. (1998). Ileal-lymphoid nodular hyperplasia, non-specific colitis and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet*, 351: 637-41.
- Walker, J. G., Jackson, H. J. and Littlejohn, G. O. (2004). Models of adjustment to chronic illness: using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical Psychology Review*, 24: 461-88.
- Walker, L. G., Heys, S. D. and Eremin, O. (1999). Surviving cancer: do psychosocial factors count? *Journal of Psychosomatic Research*, 47: 497-503.
- Walker, Z. A. K. and Townsend, J. (1999). The role of general practice in promoting teenage health: a review of the literature. *Family Practice*, 16: 164-72.
- Wall, P. D. (1979). On the relation of injury to pain. The John J. Bonica Lecture. *Pain*, 6: 253-64.
- Wallander, J. L. and Varni, J. W. (1998). Effects of pediatric chronic physical disorders on child and family adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39: 29-46.
- Wallston, K. A. (1991). The importance of placing measures of health locus of control beliefs in a theoretical context. *Health Education Research*, 6: 251-2.
- Wallston, K. A. and Smith, M. S. (1994). Issues of control and health: the action is in the interaction. In G. Penny, P. Bennett and M. Herbert (eds.), *Health Psychology: A Lifespan Perspective*. London: Harwood Academic.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. and deVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scale. *Health Education Monographs*, 6: 160-70.
- Walsh, D. A. and Radcliffe, J. C. (2002). Pain beliefs and perceived physical disability of patients with chronic low back pain. *Pain*, 97: 23-31.
- Warburton, D. M., Revell, A. D. and Thompson, D. H. (1991). Smokers of the future. Special issue: Future directions in tobacco research, *British Journal of Addiction*, 86: 621-5.
- Ward, S. E., Leventhal, H. and Love, R. (1988). Repression revisited: tactics used in coping with a severe health threat. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14: 735-46.
- Ward, M. M., Mefford, I. N., Parker, S. D., Chesney, M. A., Taylor, C. B., Keegan, D. L. and Barbas, J. D. (1983). Epinephrine and norepinephrine responses in continuously collected human plasma to a series of stressors. *Psychosomatic Medicine*, 45: 471-86.
- Wardle, J., Cooke, L. J., Gibson, E. L., Sapochnik, M., Sheiham, A. and Lawson, M. (in press). Increasing children's acceptance of vegetables; a randomized trial of parent-led exposure. *Appetite*, 40: 155-62.
- Wardle, J. and Steptoe, A. (2003). Socioeconomic differences in attitudes and beliefs about healthy lifestyles. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57: 440-3.
- Warren, L. and Hixenbaugh, P. (1998). Adherence and diabetes. In L. Myers and K. Midence (eds.), *Adherence to Treatment in Medical Conditions*. The Netherlands: Harwood Academic.
- Watson, D. and Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: the disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96: 465-90.
- Watson, D. and Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress and distress: exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96: 234-54.
- Watson, D. and Pennebaker, J. W. (1991). Situational, dispositional and genetic bases of symptom reporting. In J. A. Skelton and R. T. Croyle (eds.), *Mental Representation in Health and Illness*. New York: Springer Verlag.
- Watson, M., Buck, G., Wheatley, K., Homewood, J. R., Goldstone, A. H., Rees, J. K. H. and Burnett, A. K. (2004). Adverse impact of bone marrow transplantation on quality of life in acute myeloid leukaemia patients: analysis of the UK Medical Research Council AML 10 Trial. *European Journal of Cancer*, 40: 971-8.
- Watson, M., Davidson-Homewood, J., Haviland, J. and Bliss, J. (2002). Influence of psychological coping on survival and recurrence: a response to the systematic review, (letter to the editor). *British Medical Journal*, 325: 598.
- Watson, M., Haviland, J. S., Greer, S., Davidson, J. and Bliss, J. M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*, 9187: 1331-6.
- Watson, M., Lloyd, S., Davidson, J., Meyer, L., Eeles, R., Ebbs, S. and Murday, V. (1999). The impact of genetic counselling on risk perception and mental health in women with a family history of breast cancer. *British Journal of Cancer*, 79: 868-74.
- Weber, A. and Lehnert, G. (1997). Unemployment and cardiovascular diseases: a causal relations-

- hip? *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 70: 153-60.
- Weber, M. A. and Julius, S. (1998). The challenge of very mild hypertension: should treatment be sooner or later? *American Journal of Hypertension*, 11: 1495-6.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R. and Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11: 431-55.
- Weinman, J. and Petrie, K. J. (1997). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? (editorial). *Journal of Psychosomatic Research*, 42: 113-16.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Sharpe, N. and Walker, S. (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent life changes. *British Journal of Health Psychology*, 5: 263-74.
- Weinstein, N. D. (1982). Unrealistic optimism about susceptibility to health problems. *Journal of Behavioral Medicine*, 2: 125-40.
- Weinstein, N. (1984). Why it won't happen to me: perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3: 431-57.
- Weinstein, N. (1987). Unrealistic optimism about illness susceptibility: conclusions from a community-wide sample. *Journal of Behavioral Medicine*, 10: 481-500.
- Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7: 355-86.
- Weinstein, N. D. (2003). Exploring the links between risk perception and preventive health behaviour. In J. Suls and K. A. Wallston (eds.), *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Malden, Mass.: Blackwell.
- Weinstein, N. D., Rothman, A. J. and Sutton, S. R. (1998). Stage theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17: 290-9.
- Weinstein, N. D. and Klein, W. M. (1996). Unrealistic optimism: present and future. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15: 1-8.
- Weinstein, N. D. and Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11: 170-80.
- Weinstein, N. and Sandman, P. M. (2002). Reducing the risk of exposure to radon gas: an application of the Precaution Adoption Process model. In D. Rutter and L. Quine (eds.). *Changing Health Behaviour* (66-86). Buckingham: Open University Press.
- Weisenberg, M., Raz, T. and Hener, T. (1998). The influence of film-induced mood on pain perceptions. *Pain*, 76: 365-75.
- Weisse, C. S., Turbiasz, A. A. and Whitney, D. J. (1995). Behavioral training and AIDS risk reduction: overcoming barriers to condom use. *AIDS Education and Prevention*, 7: 50-9.
- Weller, D. (2004). Behavioural and social science research in cancer: time for action (editorial comment). *European Journal of Cancer*, 40: 314-15.
- Wellings, K., Field, S., Johnson, A. M. and Wadsworth, J. (1994). Studying sexual lifestyles. In K. Wellings, S. Field, A. M. Johnson and J. Wadsworth (eds.), *Sexual Behaviour in Britain*. London: Penguin.
- Wells, M. E., McQuellon, R. P., Hinkle, J. S. and Cruz, J. M. (1995). Reducing anxiety in newly diagnosed cancer patients: a pilot program. *Cancer Practice*, 3: 100-4.
- Wen, L. M., Thomas, M., Jones, H., Orr, N., Moreton, R., King, L., Hawe, P., Bindon, J., Humphries, J., Schicht, K., Corne, S. and Bauman, A. (2002). Promoting physical activity in women: evaluation of a 2-year community-based intervention in Sydney, Australia. *Health Promotion International*, 17: 127-37.
- Wessely, S., Rose S. and Bisson, J. (1999). A systematic review of brief psychological interventions ('debriefing') for the treatment of immediate trauma related symptoms and the prevention of post-traumatic stress disorder. In *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software.
- West, R. (1992). Nicotine addiction: a re-analysis of the arguments. *Psychopharmacology*, 108: 408-10.
- West, R., Edwards, M. and Hajek, P. A. (1998). Randomized controlled trial of a 'buddy' system to improve success at giving up smoking in general practice. *Addiction*, 93: 1007-11.
- Westman, M., Eden, D. and Shirom, A. (1985). Job stress, cigarette smoking and cessation: conditioning effects of peer support. *Social Science and Medicine*, 20: 637-44.
- Whelan, E. M. (1988). The truth about Americans' health. In R. Yarian (ed.), *Annual Editions: Health* (9th edition), 25-9.
- White, A., Nicolaas, G., Foster, K., Browne, F. and Carey, S. (1993). *Health Survey for England 1991*. London: HMSO.

- Whitehead, M., Townsend, P. and Davidson, N. (eds.) (1992). *Inequalities in Health: The Black Report / The Health Divide*. London: Penguin Social Sciences.
- WHOQOL Group (1993). Study protocol for the World Health Organisation project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Quality of Life Research*, 2: 153-9.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status. Monograph on quality of life assessment: cross-cultural issues 2. *International Journal of Mental Health*, 23: 24-56.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46: 1569-85.
- Widows, M. R., Jacobsen, P. B. and Fields, K. K. (2000). Relation of psychological vulnerability factors to posttraumatic stress disorder symptomatology in bone marrow transplant recipients. *Psychosomatic Medicine*, 62: 873-82.
- Wild, S. and McKeigue, P. (1997). Cross sectional analysis of mortality by country of birth in England and Wales, 1970-92. *British Medical Journal*, 314: 705-10.
- Wiles, R., Ashburn, A., Payne, S. and Murphy, C. (2004). Discharge from physiotherapy following stroke: the management of disappointment. *Social Science and Medicine*, 59: 1263-73.
- Wilkinson, M. (1992). Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal*, 304: 165-8.
- Wilkinson, R. G. (1990). Income distribution and mortality: a 'natural' experiment. *Sociology of Health and Illness*, 12: 391-412.
- Williams, J. E., Paton, C. C., Siegler, I. C., Eigenbrodt, M. L., Nieto, F. J. and Tyroler, H. A. (2000). Anger proneness predicts coronary heart disease risk: prospective analysis from Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. *Circulation*, 1010: 2034-9.
- Williamson, D., Robinson, M. E. and Melamed, B. (1997). Pain behaviour, spouse responsiveness, and marital satisfaction in patients with rheumatoid arthritis. *Behavioral Modification*, 21: 97-118.
- Williamson, G. M., Shaffer, D. R. and Schulz, R. (1998). Activity restriction and prior relationship history as contributors to mental health outcomes among middle-aged and older spousal caregivers. *Health Psychology*, 17: 152-62.
- Williamson, S. and Wardle, J. (2002). Increasing participation with colorectal cancer screening: the development of a psychoeducational intervention. In D. Rutter and L. Quine (eds.), *Changing Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.
- Wilson, J. F. (1981). Behavioral preparation for surgery: benefit or harm? *Journal of Behavioral Medicine*, 4: 79-102.
- Wilson, J. F., Moore, R. W., Randolph, S. and Hanson, B. J. (1982). Behavioral preparation of patients for gastrointestinal endoscopy: information, relaxation and coping style. *Journal of Human Stress*, 8: 13-23.
- Wilson, P. W. F., D'Agostino, R. B., Sullivan, L., Parise, H. and Kannel, W. B. (2002). Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk. *Archives of Internal Medicine*, 162: 1867-1872.
- Wimbush, E., MacGregor, A. and Fraser, E. (1998). Impact of a national mass media campaign on walking in Scotland. *Health Promotion International*, 13: 45-53.
- Wing, R. R., Phelan, S. and Tate, D. (2002). The role of adherence in mediating the relationship between depression and health outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 53: 877-81.
- Winkleby, M., Fortmann, S. and Barrett, D. (1990). Social class disparities in risk factors for disease: eight year prevalence patterns by level of education. *Preventive Medicine*, 19: 1-12.
- Wise, R. A. (1998). Drug activation of brain reward pathways. *Drug and Alcohol Dependence*, 51: 13-22.
- Wollin, S. D. and Jones, P. J. (2001). Alcohol, red wine and cardiovascular disease. *Journal of Nutrition*, 131: 1401-4.
- Woods, R. T. (ed.) (1999). *Psychological Problems of Ageing: Assessment, Treatment and Care*. Chichester: Wiley.
- Woodward, M., Olphiant, J., Lowe, G. and Tunstall-Pedoe, H. (2003). Contribution of contemporaneous risk factors to social inequality in coronary heart disease and all causes mortality. *Preventive Medicine*, 36: 561-8.
- Wolf, S. H. (1996). Immunizations. In S. H. Wolf, S. Jonas and R. S. Lawrence (eds.), *Health Promotion and Disease Prevention in Clinical Practice*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- World Cancer Research Fund (1997). *Food Nutrition and the Prevention of Cancer: A Global*

- Perspective*. Washington: American Institute for Cancer Research.
- World Health Organization (1947). Constitution of the World Health Organization. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1981). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1988). *Healthy Cities Project: Five Year Planning Framework*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (1995). *World Health Report*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1996). *Health Promoting Schools. Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1999). *Health 21: Health for All in the 21st Century*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2002). *The World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2004). *Young People's Health in Context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2001/2002 survey*. C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal and V. B. Rasmussen (eds.). www.euro.who.int
- World Health Organization Expert Committee (1990). *Cancer Pain Relief and Palliative Care*, Technical Report Series No. 84. Geneva: WHO.
- Wortley, P. and Fleming, P. (1997). AIDS in women in the United States: recent trends. *Journal of the American Medical Association*, 278: 911-16.
- Yan, H. and Sellick, K. (2004). Quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 41: 309-19.
- Yancy, C. (2002). Online program aids heart patients and their doctors. *Circulation*, 106: 2299.
- Yee, J. L. and Schulz, R. (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: a review and analysis. *The Gerontologist*, 40: 147-64.
- Young, J. M., D'Este, C. and Ward, J. E. (2002). Improving family physicians' use of evidence-based smoking cessation strategies: a cluster randomization trial. *Preventive Medicine*, 35: 572-83.
- Yzer, M. C., Fisher, J. D., Bakker, A. B., Siero, F. W. and Misovich, S. J. (1998). The effects of information about AIDS risk and self-efficacy on women's intentions to engage in AIDS preventive behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 28: 1837-52.
- Yzer, M. C., Siero, F. W. and Buunk, B. P. (2001). Bringing up condom use and using condoms with new sexual partners: intention or habitual? *Psychology and Health*, 16: 409-21.
- Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooper, C. and Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psychology and Oncology*, 10: 19-28.
- Zachariae, R., Pedersen, C. G., Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., Rossen, P. B. and von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British Journal of Cancer*, 88: 658-65.
- Zakowski, S. (1995). The effects of stressor predictability on lymphocyte proliferation in humans. *Psychology and Health*, 10: 409-25.
- Zakowski, S. G., McAllister, C. G., Deal, M. and Baum, A. (1992). Stress, reactivity, and immune function in healthy men. *Health Psychology*, 11: 223-32.
- Zarit, S., Reever, K. and Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20: 649-55.
- Zaza, C. and Baine, N. (2002). Cancer pain and psychosocial factors: a critical review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*, 24: 526-42.
- Zborowski, M. (1952). Cultural components in response to pain. *Journal of Social Issues*, 8: 16-30.
- Zeidner, M. and Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In M. Zeidner and N. Endler (eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Application*. New York: Wiley.
- Zelter, L. and LeBaron, S. (1982). Hypnosis and nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and

- adolescents with cancer. *Journal of Pediatrics*, 101: 1032-5.
- Zervas, I. M., Augustine, A. and Fricchione, G. L. (1993). Patient delay in cancer. A view for the crisis model. *General Hospital Psychiatry*, 15: 9-13.
- Zhang, Y., Proenca, R., Maffie, M., Barone, M., Leopold, L. and Friedman, J. M. (1994). Positional cloning of the mouse obese gene and its human homologue. *Nature*, 372: 425-32.
- Zimmers, E., Privette, G., Lowe, R. H. and Chappa, F. (1999). Increasing use of the female condom through video instruction. *Perceptual and Motor Skills*, 88: 1071-7.
- Zinovieff, F., Morrison, V., Coles, A. and Cartmell, R. (2005). Are the needs of cancer patients and their carers generic? Paper presented to the European Health Psychology Society annual conference, Galway, September.
- Zohar, D. and Dayan, I. (1999). Must coping options be severely limited during stressful events: testing the interaction between primary and secondary appraisals. *Anxiety, Stress and Coping*, 12: 191-216.
- Zola, I. K. (1973). Pathways to the doctor – from person to patient. *Social Science and Medicine*, 7: 677-89.
- Zorrilla, E. P., McKay, J. R., Luborsky, L. and Schmidt, K. (1996). Relation of stressors and depressive symptoms to clinical progression of Viral Illness. *American Journal of Psychiatry*. May, 1996. 153(5): 626-35.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Zuckerman, M. (1984). Sensation seeking: a comparative approach to a human trait. *Behavioral and Brain Sciences*, 7: 413-17.

Índice analítico

A

- Abandono escolar, 44
- Abuso de drogas. *Véase* consumo de drogas
- Accidentes, 8, 13, 16, 72, 80, 358, 434, 450
- Acetilcolina, 186, 240, 248, 268, 366
- Ácido fólico, 102, 103
- Acontecimientos vitales, 49, 348
- Actitudes, 20, 27, 89, 91, 112, 121, 130, 135, 141, 161, 180, 192
 - sobre la salud, 27
- Actividad física. *Véase* ejercicio físico
- Actividades sedentarias. *Véase* sedentarismo
- Adherencia, 164, 287, 300, 307, 491, 548, 551, 558
- Adhesión
 - al tratamiento, 333, 472, 582, 583
 - Véase* adhesión al tratamiento
- ADN, 251
- Adolescencia, 18, 19, 23, 57, 89, 111, 130, 142, 306
- Adrenalina, 107, 240, 267, 365, 417, 457
- Afabilidad, 132, 391
- Afrontamiento, 91, 136, 162, 283, 284
 - centrado en el problema y de aceptación, 484
 - centrado en la evitación, 387
 - centrado en las emociones, 355, 387, 388, 406, 484, 592
 - centrado en los problemas, 355, 386, 387, 402, 403, 406, 484, 571, 592
 - de aceptación, 461, 482, 484
 - de comparación social, 482
 - orientado a los problemas, 385
 - por negación o evitación, 483
- Aislamiento social, 58, 76, 409, 455, 480, 491, 497
- Alcohol. *Véase* consumo de alcohol
- Alcoholismo. *Véase* consumo de alcohol
- Allport, 71, 135, 390
- Amígdala, 237, 267
- Amniocentesis, 113
- Analgesia controlada por el paciente, 525
- Angina de pecho, 74, 258, 392, 405, 553, 572, 591
- Angustia emocional, 328, 363, 489
- Ansiedad, 17, 24, 50, 60, 84, 91, 107, 208, 308, 405, 543
- Anticuerpo, 122, 128, 223, 224, 243, 351, 368, 369, 373
- Antígeno, 128, 242, 368, 369
- Antioxidantes, 83, 102, 127
- Antirretrovirales, 39, 64
- Apertura a la experiencia, 132, 391
- Apoptosis, 83
- Apoyo social, 6, 45, 156, 175, 227, 353, 362, 499, 541
- Aprendizaje, 17, 26, 28, 85, 169, 200, 218, 314, 346, 367, 383, 402, 427, 428, 439, 450, 541
 - social, 85, 191, *Véase* teoría del aprendizaje social
 - vicario. *Véase* aprendizaje social
- Aproximación del proceso de acción de salud, 161, 165
- Artritis
 - reumatoide, 245, 267, 340, 409, 451, 484, 553, 556, 557, 561
 - Véase* artritis reumatoide
- Asesoramiento centrado en los problemas, 182
- Asma, 16, 28, 122, 277, 300, 324, 340, 366, 431, 453, 465, 484, 553
- Atención sanitaria, 15, 24, 31, 35, 39, 45, 46, 47, 52, 53, 54, 62, 73, 116, 117, 132, 169, 170, 174
- Atención y la percepción, 25
- Ateroma, 60, 65, 253, 257, 258, 261, 268, 375, 474
- Aterosclerosis, 64, 74, 258, 259, 375

Atribuciones, 18, 286, 287, 298, 299, 300, 399, 404, 500
 Autismo, 124, 125
 Autoconcepto, 24, 293, 311
Autocontrol, 91, 131, 386, 425, 457, 468, 541, 542, 568
 Autoeficacia, 95, 133, 141, 142, 145, 158, 161, 181, 192, 208, 359, 404, 482, 492, 547, 568, 578
 Autoestima, 43, 61, 76, 77, 107, 108, 354, 357, 374, 390, 410, 422, 450, 453, 468, 479, 483
 Autoinforme, 70, 190, 222, 223, 411, 470
 Autoinstrucciones, 436, 530
 Auto-observación, 71, 341
 Autorregistro, 71, 429, 561
 Autorregulación, 136, 307, 309, 408, 463, 469, 483, 583, 584, 589, 590
 Autorregulador de la enfermedad, 284
 Azúcares, 104, 248

B

Balance decisional, 157, 158, 589
 Barorreceptores, 255
 Barreras percibidas, 95, 112, 140, 141, 142, 154, 179, 583
 Beneficios percibidos, 140, 141, 142, 307
 Beta-caroteno, 102, 103
 Betaendorfinas. *Véase* opiáceos endógenos
 Bienestar, 10, 16, 21, 30, 60, 107, 108, 169, 320, 326, 359, 407, 416, 420, 449, 471, 486, 491, 500, 552
 psicológico, 16, 107, 359, 456, 467, 494, 496
Biofeedback, 28, 532, 533, 536
 Black Report, 35
 Blastocystis hominis, 251
Brainstorm, 184
 Bronquitis crónica. *Véase* enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
 Bulbo raquídeo, 236, 266
 Búsqueda de sensaciones, 84
Bypass, 46, 545, 564

C

Cafeína, 79, 86, 255, 256
 Calidad de vida, 14, 88, 229, 265, 320, 407, 418, 448, 482, 490, 501
 definición, 450
 Cambio
 cognitivo, 169, 194, 195, 529

 conductual, 129, 155, 168, 178, 180, 193, 194, 197, 204, 212, 430, 480, 564
 de actitud. *Véase* actitudes
 Cáncer, 4, 20, 40, 54, 60, 68, 80, 98, 114, 172, 301, 340, 403, 460, 561, 578, 585, 590, 591, 598
 cervical. *Véase* cáncer de útero
 colorrectal, 172
 de colon, 53, 103, 105, 170
 de hígado, 222
 de mama, 47, 53, 73, 74, 103, 105, 113, 140, 146, 147, 154, 163, 170, 283
 de ovarios, 115, 170, 171
 de piel, 118
 de próstata, 57, 103, 115
 de pulmón, 37, 51, 87, 117, 265
 de testículo, 117, 121
 de útero, 54, 113, 146
 Catecolaminas, 107, 365, 366, 375
 CD4+. *Véase* células T
 Células
 B, 243, 244, 253, 267, 368, 369
 NK, 243, 244, 368, 369, 377, 379
 T, 243, 244, 267, 368, 369
 Cerebro, 238
 Cetoacidosis diabética. *Véase* coma diabético
 Chequeo médico, 116, 175, 176
 Chequeos, 24, 57, 96, 101, 112, 121, 168, 175, 177, 250, 257, 297, 301, 574, 576, 578, 581
 Ciclo vital, 29, 31, 276, 283, 453
 Cirrosis
 hepática, 80
 Véase cirrosis hepática
 Citología, 113, 544, 571
 Clamidas, 92, 93, 94
 Clase social, 21, 22, 26, 27, 77, 91, 130, 139, 232, 303
 Claves para la acción, 139, 141, 142, 213, 232
 Colesterol, 41, 49, 62, 72, 114, 127, 139, 169, 175, 182, 184, 218, 229, 258, 259, 340, 375, 555
 Colitis ulcerosa, 249, 250, 377
 Colostomía, 250
 Colposcopia, 544
 Coma diabético, 245
 Comer en exceso. *Véase* dieta
 Comportamiento, 25, 35
 de demora, 302, 305, 306, 307, 308
 saludable, 11, 41, 52, 97, 100, 101, 126, 129, 306, 308
 Condicionamiento
 clásico, 28
 operante, 28, 411, 492, 579

- Conducción de vehículo
 bajo los efectos del alcohol, 57, 151, 204
 cinturón de seguridad, 57
- Conducta, 49
 de autoexploración, 118, 119, 120, 121, 140, 146, 163, 292
 de dolor, 516, 518, 528
 de enfermedad, 22, 31, 35, 42, 52, 70, 90, 100, 200, 396, 500
 de higiene bucal, 153
 de protección solar, 209
 de riesgo, 42, 67, 114, 131, 208, 212, 222, 232, 409, 578
 de salud, 22, 31, 68, 69, 70, 76, 96, 97, 129, 203, 374, 574
 saludable, 57, 67, 70, 96, 97, 105, 136, 163, 212, 213, 214, 215, 216, 231, 392, 394, 402, 406
 social, 25
 sexual, 70, 73, 92, 94, 96, 149, 150, 192, 193, 194, 209, 221, 222, 223, 226, 232
 tipo A, 283, 391, 392, 393, 395, 396, 422, 564
 perjudicial para la salud, 132, 362
 promotora de la salud, 132
- Conductismo, 27, 85
- Consultoría, 562
- Consumo
 de alcohol, 27, 41, 52, 57, 61, 68, 80, 92, 102, 106, 119, 214, 372
 de alimentos. *Véase* dieta
 de drogas, 22, 70, 71, 194, 208, 215, 295, 378
 de tabaco, 8, 14, 61, 71, 86, 87, 130, 134, 150, 176, 217, 226, 264, 396, 405, 577, 579, 587
 excesivo de alcohol, 8, 70, 79, 80, 83, 85, 96, 134, 151, 231, 362, 394
- Contaminación atmosférica, 43
- Control, 44, 58, 61, 112, 136, 283, 288, 289
 conductual percibido, 133, 142, 145, 146, 147, 148, 150, 151, 159, 161
 externo, 132, 133
 interno, 132, 133
 percibido, 44, 143, 288, 289, 298, 362, 363, 403, 404, 556, 580
- Córtex, 238
- Corticosteroides, 242, 267
- Cortisol. *Véase* corticosteroides
- Counselling*, 172, 189
- CPT, 514
- Creencias, 3, 6, 12, 15, 121, 23, 26, 31, 112, 205, 305, 401
 sobre la salud, 3, 16, 26, 90, 92, 131, 132, 141, 163, 164, 165, 212, 335, 499, 578, 580, 583, 585
 sobre la salud, modelo de, 139, 140
- Cuerpos mamilares, 237
- Cuidadores, 298, 300, 309, 373, 456, 499, 500, 501, 547, 574, 579, 581, 591, 592, 594
- D**
- Dar malas noticias, 314, 328
- Debriefing* psicológico, 434, 435, 436
- Deficiencia, 265, 451, 495, 496, 498
- Demencia. *Véase* deterioro cognitivo
- Dependencia psicológica, 91
- Depresión, 44, 107, 172, 177, 282, 324, 334, 340, 355, 543
- Dermatitis atópica, 557
- Desarrollo cognitivo, 17, 20, 31, 284, 299
- Descartes, 5, 7, 31
- Desempleo, 34, 41, 44, 61, 62, 63, 138, 334, 351, 357, 394
- Desfibrilador, 254
- Desórdenes alimenticios. *Véase* trastornos de la alimentación
- Deterioro cognitivo, 102, 103, 108
- Diabetes, 9, 46, 51, 105, 109, 114, 245, 267, 277, 286, 308, 401, 434, 480, 486, 500
- Diabético. *Véase* diabetes
- Diálogo
 interno, 429, 431
 socrático. *Véase* terapia cognitiva
- Diarrea, 39, 250, 377, 557
- Dieta, 8, 21, 22, 23, 32, 41, 43, 68, 71, 83, 96, 100, 106, 114, 130, 135, 137, 139, 587
- Difteria, 8, 122, 123
- Discapacidad, 6, 12, 16, 24, 88, 91, 412, 451, 452, 453, 470, 472, 491, 492, 496, 500
- Disentería, 39
- Disonancia cognitiva, 180
- Dolor, 6, 7, 17, 76, 119, 121, 246, 249, 250, 259, 260, 261, 271, 276, 27303, 402, 504
 agudo, 505, 506, 512, 515, 523, 524, 525, 526, 530
 crónico, 403, 461, 505, 506, 507, 513, 514, 516, 517, 523, 533
 de espalda, 76, 119, 277, 290, 339, 402
- DSM, 28
- Dualismo, 5, 7
- E**
- Economía de la salud, 27, 464
- Edad, 3, 11, 21, 69, 71, 77, 80, 90, 106, 108, 153, 164, 173, 190, 209, 222, 294, 373, 403, 452, 562

- Educación
 entre pares. *Véase* iguales
 para la salud, 101, 130, 153, 227, 228, 229, 230, 231
- Educación sanitaria, 27, 182, 220, 227
- Efecto del trabajador sano, 61
- Efectos secundarios, 257, 260, 324, 333, 334, 335, 336, 338
- Eje neural consciente, 522
- Ejercicio
 físico, 22, 35, 41, 52, 57, 62, 68, 69, 70, 71, 78, 88, 96, 100
Véase ejercicio físico
- Electrocardiograma, 254, 292, 572
- ELM, *Véase* modelo de Probabilidad de Elaboración de la Persuasión
- Embarazo, 113, 114, 117
 no deseado, 92
- EMDR, 436, 437
- Emoción expresada, 408, 561
- Emociones, 6, 71, 380, 383, 397, 398, 403, 404, 406, 439, 445, 452, 589
- Empirismo, 25
- Encéfalo, 236, 237, 238, 246
- Encefalopatía espongiiforme bovina, 160
- Enfermedad, 3, 13, 20, 21, 32, 35, 40, 56, 57, 59, 72, 76, 85, 91, 101, 212, 399, 400, 500
 autoinmune, 246, 249
 cardiovascular, 42, 51, 57, 61, 177, 178, 185, 189, 191, 218, 258, 266, 281, 376, 406, 459
 crónica, 246, 279, 361, 391, 455, 462, 463, 476, 478, 542
 de Addison, 287, 500
 de Alzheimer, 108
 de Crohn, 249, 250, 377
 de transmisión sexual, 93, 94
 del legionario, 280
 edad inflamatoria intestinal, 124, 125, 249, 377, 378
 gastrointestinal, 249
 infecciosas, 54
 inflamatoria intestinal, 378
 neurológica, 246
 ósea, 113
 psicogénica colectiva, 280
 pulmonar obstructiva crónica, 265, 268, 340, 575
 relacionada con el estrés, 59
 renales, 54
 síntomas, 291
- Enfisema. *Véase* enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
- Enfoque
 centrado en el paciente, 316, 317, 319, 320
 centrado en el profesional, 316, 317
- Entrenamiento
 en afrontamiento eficaz, 546
 en autoinstrucciones, 429
 en inoculación, 431, 444
- Entrevista, 11, 21, 26, 71, 76, 90, 175, 197, 288, 289, 296, 299, 316, 321, 322, 324, 326, 328, 337, 339, 341, 343, 393, 435, 454
 motivacional, 168, 169, 180, 181, 185, 196
- Envejecimiento, 16, 24, 101, 103, 108, 305, 367, 374, 455, 469, 490, 587
- Epidemiología, 24, 305
- Epinefrina, *Véase* adrenalina
- EPOC. *Véase* enfermedades pulmonares obstructivas crónicas
- Eritrocitos, 252
- Esclerosis múltiple, 245, 246, 267, 308, 401, 494, 495
- Esperanza de vida, 8, 9, 16, 36, 39, 47, 48, 49, 55, 56, 64, 490
- Espina bífida, 113
- Esquemas cognitivos, 422, 430
- Estabilidad emocional, 131, 391
- Estatus económico. *Véase* clase social
- Estilo de vida, 8, 13, 22, 32, 49, 68, 69, 78, 96, 101, 114, 157, 162
 sedentario, 8, 169
- Estrategia Global Para La Salud Para Todos Para El Año 2000, 13
- Estrés, 6, 10, 19, 23, 29, 34, 42, 44, 52, 53, 107, 108, 180, 194, 312, 548, 549
 agudo, 59, 60, 269
 laboral, 10, 29, 58, 59, 60, 361, 362, 363, 379, 414, 416, 417
 postraumático, 415, 434, 435, 436
- Estresores, 108, 331, 350, 363, 398, 546
- Estrógenos. *Véase* hormonas sexuales
- Estudio
 del Condado de Alameda, 68, 405, 406, 409
 Whitehall, 48, 49
- Etnia, 35, 36, 45, 51, 52, 130, 295, 461
- Eutanasia, 457, 458
- Eventos vitales, 348, 349, 350, 351, 368, 369, 370, 371, 374, 376, 379, 434
- Expectativa
 de resultado, 143
 sobre el resultado, 136, 463
- Experiencia de dolor, 505, 508, 511, 512, 513, 515, 516, 517, 518, 519, 521, 522, 523, 526, 528, 529, 537

Experiencias vitales, 299, 450
 Extraversión, 131, 391

F

Factores

de riesgo, 27, 35, 40, 72, 112, 119, 168, 185, 217, 219, 220, 226, 256, 266, 377, 393
 estresantes, 346, 357, 358, 360, 364, 366, 375, 379, 415, 442, 478, 486, 488, 497, 597

Fagocitos, 243, 244, 267, 367, 368, 446

Fibras

A beta, 520
 A delta, 519
 C polimodales, 520

Fibrilación auricular, 555

Fibrosis cística, 117, 484, 486

Fleming, 8, 93

Fluidez verbal, 103

Formación en automanejo, 555

Fórnix, 237

Framing, 208

Freud, 7, 28

Fumar, 22, 41, 57, 68, 86, 97, 118, 130, 169, 175, 185, 265, 286, 297, 299, 329, 391, 568, 578

G

Galeno, 4

Ganglios basales, 238

Glándula pituitaria, 242, 267, 365, 367

Glándulas

adrenales, 241, 256, 365, 366, 369
 endocrinas, 241

Glaucoma, 114

Grasas. *Véase* colesterol, dieta

Gravedad percibida, 140, 279, 293, 300, 304

Gripe, 55, 73, 122, 276, 286, 291, 351, 374, 387, 494

Grupo de iguales, 131

Grupos étnicos. *Véase* minorías étnicas

H

H. pylori. *Véase* helicobacter pylori

HAART, 333, 341, 342, 344

Habilidades

de afrontamiento, 44, 401, 479, 579, 589
 de comunicación, 16, 196, 228, 321, 336, 419, 544, 594

Hábito de fumar. *Véase* tabaquismo

Hacinamiento. *Véase* estrés

Haemophilus influenzae, 122

Helicobacter pylori, 249, 251, 267

Hepatitis, 122, 210, 215, 222, 223, 224

Hernia, 374

Herpes, 245

genital, 93

Heterosexual, 54, 93

Higiene bucal, 71, 130

Hipertensión, 51, 52, 75, 80, 175, 255, 256, 257, 258, 263, 319, 334, 335, 340, 368, 375, 376, 393

esencial, 256

secundaria, 256

Hipertensos. *Véase* hipertensión

Hipnosis, 527

Hipocampo, 237, 367

Hipotálamo, 78, 239, 242, 248, 255, 267, 364, 366, 367

Hipótesis de la vulnerabilidad psicosocial, 394

Homosexual, 222, 480

Hormonas, 241, 248

del estrés, 56, 60

esteroides, 74

sexuales, 56, 63

Hospitalización, 16, 456, 553

Hostilidad, 7, 295, 311, 383, 392, 393, 394, 395, 396, 411, 572, 597

I

Identidad social, 293, 294

Iguales, 90, 105, 131, 136, 203, 222, 225, 226, 230, 231, 233, 311, 557, 559, 590, 592

IMC, 76, 106

Incidencia, 8, 24, 27, 32, 74, 80, 87, 106, 109, 113, 117, 118, 122, 140, 405, 406, 410, 587

Índice de masa corporal. *Véase* IMC

Infarto

cerebral, 13, 51, 73, 80, 266, 268, 375, 403, 405, 455, 459, 470, 478, 479, 490, 592

de miocardio, 55, 56, 64, 68, 258, 268, 301, 324, 330, 340, 392, 405, 434, 498, 543, 545, 548, 562

Infecciones, 56

respiratorias, 39

Informe sobre la Salud Mundial, 72

Informes de allegados, 454, 471

Inmunógenos, 68, 69, 96, 101, 125

conductuales, 68, 96, 101, 125

Insensibilidad congénita al dolor, 505

Intención conductual, 143, 144, 145, 146, 148, 150
 Intenciones de implantación, 151, 152, 153, 157, 162
 Introversión, 131, 374
 Ira. *Véase* emociones
 Isquemia, 53, 65

J

John Henrismo, 53, 257

L

Legos, 219, 276, 309, 590
 Lenguaje, 16, 17, 25, 238, 284, 326, 338, 339, 592
 Lentivirus, 244, 378
 Línea base, 40, 49, 68, 71, 119, 163, 190, 225, 263, 264, 432, 550, 551, 556, 562, 568
 Linfocitos, 54, 242, 243, 244, 253, 267, 367, 368, 376, 446
 Lóbulo
 frontal, 238
 occipital, 239
 parietal, 239
 Lóbulos temporales, 238
 Locus de control. *Véase* lugar de control
 Lugar de control, 133, 166, 288

M

Macrófagos, 243, 244, 258, 267, 368
 Maduración, 16
 Madurez, 23, 24, 26, 86, 137, 456
 Malaria, 15, 39
 Mamografía, 146, 147, 149, 160, 171, 173, 175, 207, 209
 Manejo
 de la ira, 420
 del dolor, 509, 516, 531, 534
 del estrés, 359, 415, 416, 417, 421, 430, 431, 433, 441, 442, 529, 533, 546, 557, 558, 559
 Marco positivo. *Véase* *framing*
 Mastectomía, 171, 294, 298, 345, 464
 MCS. *Véase* Modelo de creencias para la salud
 Mecanicismo, 5
 Medicina, 4, 15, 27, 28, 130, 206, 280, 286, 290, 307, 322, 449, 457, 464, 553
 Medicina conductual, 27, 593
 preventiva, 117
 psicosomática, 7, 28

Medición, 6, 69, 70, 71, 96, 152, 153, 154, 163, 165, 175, 190, 255, 349, 370, 371, 386, 448, 454, 562
 Medios de comunicación, 36, 54, 78, 101, 103, 109, 124, 202, 209, 215, 219, 220, 226, 232, 280
 Médula
 adrenal, 127, 240, 241, 244
 espinal, 240, 246, 381, 441, 497
 Melanoma, 327, 547, 567
 Memoria, 25, 70, 103, 108, 236, 237, 239, 243, 284, 289, 332, 340, 355, 359, 367, 368, 369, 416, 450
 Meningitis, 122, 124
 Menopausia, 56, 63, 119
 Mesencéfalo, 236, 237
 Meta-análisis, 75, 102, 144, 145, 150, 321, 376, 395, 435, 563
 Método
 cualitativo, 21
 cuantitativo, 21
 Miembro fantasma, 6, 505, 511, 522, 536, 537
 Migrañas, 28
 Minerales, 104
 Minorías étnicas, 35, 36, 45, 51, 52, 53, 54, 62
 Minusvalía, 451, 497, 568
 Modelado, 105, 168, 169
 y refuerzo para combatir el VIH, 226
 Modelo
 biomédico, 5, 7, 27, 30, 31, 35, 113, 580
 biopsicosocial, 7, 29, 30
 de demanda-control, 59, 361, 363
 de las etapas del cambio. *Véase* modelo transteórico
 de Probabilidad de Elaboración de la Persuasión, 202, 205, 206, 207
 del proceso de adopción de precauciones, 159, 160
 transaccional, 364, 380, 384, 385, 485
 transteórico, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 165, 168, 178, 588
 transteórico de la salud, 155
 Mortalidad, 8, 13, 32, 38, 41, 43, 53, 72, 80, 87, 88, 93, 98, 99, 102, 399, 405, 409, 491, 563, 566, 587
 Mortandad, causas, 8
 Motivación, 26, 84, 90, 91, 130, 152, 156, 160, 172, 205, 218, 227, 232, 238, 281, 497, 553, 584
 para cumplir, 144, 148
 Movimiento de ciudades saludables, 214
 Muerte digna, 457
 Multiple Risk Factor Intervention Trial, 74

N

Neumonía, 9, 55, 73
 Neurofirma, 522
 Neuromatriz, 522, 536
 Neuroticismo, 131, 132, 282, 308, 309, 311, 371, 378, 383, 397, 399, 411, 412, 498
 Neutrófilos, 243
 Nicotina. *Véase* consumo de tabaco, tabaquismo
 Nivel socioeconómico. *Véase* clase social
 Nódulos linfáticos, 242
 Noradrenalina, 107, 127, 240, 241, 248, 267, 365, 366, 367, 368, 371, 375, 376
 Norepinefrina. *Véase* noradrenalina
 Norma
 social, 134, 146
 subjética, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 164
 Nutrición, 4, 22, 35, 39, 217, 229

O

Obesidad, 41, 50, 72, 101, 105, 109, 114, 125, 140, 146, 219, 245, 256, 405, 577
Odds ratio. *Véase* riesgo relativo estimado
 OMS, 12, 13, 36, 37, 39, 55, 72, 87, 111, 125, 451
 Opiáceos endógenos, 89
 Optimismo, 90, 135, 153, 160, 173, 181, 283, 303, 312, 363, 383, 388, 399, 477, 484, 492, 548, 580, 597
 irreal, 90, 135, 136, 153, 160, 401, 403
 OR. *Véase* riesgo relativo estimado
 Organización Mundial de la Salud, 9, 12, 36, 72, 80, 86, 92, 104, 105, 110, 123, 125, 214, 450, 457, 465
 Osteoartritis, 76
 Osteoporosis, 106, 109, 113

P

Páncreas, 245, 247, 248
 Paperas, 122, 123, 124, 125
 Patógenos conductuales, 68, 96
 Percepción de los síntomas, 278, 280, 281, 282, 283, 284, 299, 306, 308, 378, 392
 Personalidad, 4, 6, 7, 26, 166, 281, 286, 311, 312, 384, 386, 390, 391, 392, 398, 399, 402, 405, 407, 411
 Personalidad proclive a las enfermedades cardiovasculares, 395
 proclive al cáncer, 395
 tipo D, 396
 Piaget, 17, 18, 23, 32

Placebo, 103, 188, 432, 440, 445, 545
 Plaquetas, 253
 Población diana, 204, 205, 206, 207, 209, 225, 231, 568
 Pobreza, 34, 35, 39, 47, 48, 62, 189, 257, 357, 596
 Polifenoles, 83, 127
 Polio. *Véase* poliomeilitis
 Poliomeilitis, 122
 Política sanitaria, 13, 26
 Preservativo, 94, 95, 136, 141, 144, 150, 151, 154, 155, 161, 192, 193, 194, 221
 Presión arterial, 41, 49, 62, 176, 218, 219, 236, 258, 263, 264, 365, 375, 376, 381, 389, 393, 410, 563
 laboral. *Véase* estrés laboral
 sanguínea. *Véase* hipertensión
 Prevalencia, 14, 32, 45, 46, 87, 88, 90, 92, 93, 96, 110, 230, 279, 360, 394, 416, 434, 477, 491, 576, 587
 Prevención, 15, 26, 28, 29, 54, 68, 75, 95, 113, 114, 116, 119, 192, 195, 208, 210, 435, 483, 564, 587
 de recaídas, 196
 inversa, 54
 primaria, 86
 secundaria, 86, 113
 Proceso de acción para la salud, 142, 150, 158, 161, 162, 163, 165, 167, 580, 583
 Progesterona. *Véase* hormonas sexuales
 Promoción de la salud, 15, 26, 62, 86, 88, 101, 134, 169, 185, 206, 210, 217, 225, 226, 415, 577, 587
 Prosencéfalo, 236
Proxy reports. *Véase* Informes de allegados
 Proyecto Genoma Humano, 114
 Prueba de inducción de dolor por criopresión, 514, 516
 genética, 114, 171
 Psicología, 25
 clínica, 27, 29, 593
 cognitiva, 27
 comunitaria de la salud. *Véase* psicología de la salud
 concepto, 25
 crítica de la salud. *Véase* psicología de la salud
 de la salud, 3, 6, 9, 16, 35, 69, 96, 266, 294, 298, 309, 575, 576, 578, 585, 586, 587, 594, 595, 596
 médica, 27
 positiva, 407, 580, 596
 social, 27, 71, 121, 578, 584, 593
 Psicoticismo, 131

R

Rasgos. *Véase* personalidad
 Receptores del dolor, 511
 Recompensas. *Véase* reforzamiento
 Reduccionismo, 6
 Reestructuración cognitiva, 424, 430, 432, 436, 440, 441, 442
 Reforzamiento, 85
 Refuerzo. *Véase* reforzamiento
 Rehabilitación, 28, 153, 330, 406, 442, 480, 500, 545, 548, 563, 564, 565, 566, 572
 Relación con el paciente, 315, 316, 337
 Relaciones comportamiento salud, 13
 homosexuales. *Véase* homosexualmente cuerpo, 28, 14, 28
 Relajación, 107, 186, 239, 262, 415, 424, 432, 436, 488, 521, 525, 526, 527, 536, 545, 547, 565
 Representaciones de la enfermedad, 146, 284, 286, 287, 288, 294, 309, 500, 579, 591
 Resistencia, 35, 39, 56, 106, 398, 399, 426, 486, 494, 497, 577
 Véase Personalidad resistente
 Resolución de problemas, 136, 168, 169, 182, 186, 193, 196, 385, 424, 425, 482, 546, 547, 555, 592
 Responsabilidad, 132, 355, 391
 Respuesta de distanciamiento, 352
 de negación, 352
 inespecífica, 366
 Riesgo relativo estimado, 223
 Riqueza, 37, 39, 47, 48, 554
 Rol de enfermo, 290, 305, 308, 492
 Rombencéfalo, 236
 Rubeola, 122, 123, 124, 125

S

Salud, 27, 28, 29, 30, 35, 36, 37, 39, 44, 62, , 70, 74, 75, 101, 110, 112, 133, 169, 172, 212, 214, 283
 definición, 13
 desarrollo evolutivo de la noción, 17
 desigualdades, 39, 46
 diferencias en la, 36
 enfoque colectivista, 14, 15
 enfoque individualista, 14
 estado de, 35
 física, 60
 mantenimiento, 26
 mental, 60
 percepción, 20, 23

 problemas, 62, 89, 282
 pública, 8, 86, 109, 116, 123, 130, 203, 216, 233
 reproductiva, 57
 sexual, 223, 224
 y estaus ocupacional, 50
 Sarampión, 8, 18, 122, 123, 124, 125
 Sarcoma de Kaposi, 245
 SARS. *Véase* síndrome respiratorio agudo grave
 Seguimiento. *Véase* adhesión al tratamiento
 Serotonina, 78, 98
 Sesgo
 de autopresentación. *Véase* sesos de deseabilidad social
 de deseabilidad social, 71, 154
 Sexo, 26, 27, 87, 88, 89, 92, 94, 149, 150, 153, 225, 303, 306, 321, 330, 343, 455, 493, 502, 577, 598
 diferencias de, 22, 35, 36, 60, 61, 56, 109, 110, 111, 118, 190, 281, 282
 práctica con protección, 169, 210, 224, 232
 práctica del, 54, 57, 209
 práctica sin protección, 68, 71, 72, 73, 92, 93, 96, 130, 151, 193, 204, 208, 223
 SIDA, 6, 9, 13, 39, 54, 73, 92, 160, 169, 194, 204, 208, 209, 216, 221, 225, 226, 244, 292, 328, 404
 Síndrome
 de abstinencia, 89, 108, 186, 187
 de Down, 113
 de fatiga crónica, 287, 492, 500, 577
 del colon irritable, 250, 267, 377, 557, 558, 569
 del estudiante de medicina, 280
 general de adaptación, 365
 respiratorio agudo grave, 280
 Síntomas, 5, 6, 10, 124, 132, 188, 200, 244, 245, 451, 452, 544, 552, 554, 556, 557, 569, 572, 594
 Sistema
 cardiovascular, 74, 235, 236, 252, 256, 268, 375
 circulatorio, 242, 243, 245, 253, 259
 de referencias de legos
 digestivo, 235, 236, 240, 248, 249
 inmunitario, 56, 242, 243, 244, 245, 261, 267, 368, 369, 370, 372, 373, 376
 legos, 300
 límbico, 236
 linfático, 243, 368
 nervioso autónomo, 235, 236, 239, 240, 241, 248, 252, 254, 255, 267, 268, 366, 367, 381
 nervioso central, 79, 235, 236, 243, 244, 246, 248, 364, 371

nervioso entérico, 248, 267
 nervioso parasimpático, 200, 239, 267, 366
 nervioso simpático, 127, 239, 241, 255, 256,
 261, 267, 365, 366, 369, 375, 422, 543
 parasimpático, 240
 respiratorio, 87, 235, 236, 261, 264, 268
 simpático, 241, 366
 Sobrepeso. *Véase* obesidad
 Socialización, 21, 23, 26, 90, 105, 282, 284, 291,
 306
 Sociología, 27, 28
 médica, 27, 28
 Suicidio celular. *Véase* apoptosis
 Susceptibilidad percibida, 140, 141, 142, 154, 160,
 165

T

Tabaco. *Véase* consumo de tabaco
 Tabaquismo. *Véase* consumo de tabaco
 Tálamo, 236, 237
 TAR. *Véase* Teoría de la Acción Razonada
 TCP. *Véase* Teoría de la Conducta Planeada
 Técnicas de compensación temporal, 453
 Teoría
 cognitiva social, 132, 133, 581
 de la acción razonada, 143, 150, 153
 de la autocategorización, 293
 de la compuerta, 504, 505, 518, 522, 529, 534,
 535, 536
 de la conducta planeada, 142, 143, 144, 145,
 147, 148, 150, 151, 152, 161, 163, 164, 167,
 578, 580
 de la motivación protectora, 154
 de la utilidad subjetiva esperada, 143
 de la valoración cognitiva, 353, 355
 del ajuste a la enfermedad, 486
 del aprendizaje social, 133, 221
 TEP, 433
 Terapia
 cognitiva, 194, 195, 431
 cognitivo conductual. *Véase* terapia cognitiva
 de exposición, 436

Tercera edad, 23, 24
 Testosterona. *Véase* hormonas sexuales
 Tétanos, 122, 123
 Tipo
 B. *Véase* patrón de conducta
 C, 395, 396, 407, 413
 de marco. *Véase* framing
 Toma de decisiones compartida, 117, 314, 317, 318,
 319, 336, 343, 344
 Tormenta de ideas. *Véase* brainstorm
 Tosferina, 122, 123
 Trasplante, 54
 Tratamiento, 4, 5, 7, 9, 196, 210, 225, 252, 257,
 344, 372, 376, 402, 544, 552, 553, 554, 555,
 556, 594
 Trombosis, 87, 252
 Tuberculosis, 8, 39, 471

U

Úlceras, 28, 249, 267, 365, 374
 Unidades de cambio vital, 348, 349

V

Vacunación, 8, 73, 122, 123, 124, 125, 222, 223,
 351, 373, 494, 577, 578
 Vacunas. *Véase* vacunación
 Valores, 15, 24, 79, 131, 134, 137, 142, 211, 296,
 348, 398, 450, 453, 458, 466, 577, 595
 Varices, 46
 Vesícula biliar, 247, 248
 Vida sedentaria. *Véase* sedentarismo
 VIH. *Véase* SIDA
 Violencia, 37, 55
 Viruela, 122
 Virus del papiloma humano, 93
 Vitaminas, 102, 103, 104, 153, 164
 VPH. *Véase* virus del papiloma humano

W

WHOQOL, 450, 451, 465, 466, 467, 470, 471, 473