

TEMA 2. PSICOLOGÍA Y SALUD

2.1. INTRODUCCIÓN. LA PSICOLOGÍA APLICADA EN EL ÁMBITO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

Las Ciencias de la Salud son el conjunto de disciplinas científico-tecnológicas cuyo objetivo común es velar por la preservación y la restauración de la salud de las personas. Dichas disciplinas tratan de describir, explicar e investigar acerca de los procesos de salud y enfermedad, y también estudian cómo mejorar la salud y curar las enfermedades, promoviendo cambios favorables en las actitudes y las conductas de las personas. La finalidad de cualquiera de las disciplinas amparada bajo el nombre genérico de Ciencias de la Salud será pues la adquisición y gestión de los conocimientos y herramientas necesarios para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud y el bienestar, tanto a nivel individual como colectivo.

El abanico de disciplinas es amplio e incluye áreas muy diversas como p.e. la Medicina, la Enfermería, la Psicología, la Farmacia, la Veterinaria, la Dietética, la Fisioterapia, la Óptica-Optometría, etc. Si entre ellas se potencia una relación interdisciplinaria, ello permitirá abordar los casos clínicos asumiendo su complejidad, de forma que la atención al paciente pueda ser mejor, más completa, que si se hubiera tratado unidisciplinariamente. Paralelamente, el hecho de que dichas disciplinas compartan "etiqueta" favorece que entre los profesionales sanitarios, al tener una base común, se comparta un lenguaje y, en ocasiones, unos procedimientos similares.

Es del todo recomendable para los profesionales que ejercen en alguna disciplina sanitaria, especialmente para los que en su trabajo diario atienden a personas, que a parte de los conocimientos y procedimientos específicos de su disciplina, posean algunos conocimientos del área de la Psicología y de la Sociología. Esto facilitará su trabajo al dotarles de una cartera de conocimientos, habilidades y herramientas más transversales que, por ende, les ayudará a mejorar la calidad de la relación con sus pacientes y entre colegas.

Académicamente, esta imbricación entre disciplinas se contempla en lo que se denominan *Ciencias Psicosociales aplicadas a la Salud*, es decir, la aplicación de conocimientos y procedimientos básicos derivados de la psicología y la sociología a otras áreas de salud. Esto implica considerar explícitamente que los factores psicológicos y sociales propios de cada individuo influyen en su estado de salud, y en cualquier práctica/relación sanitaria. Más adelante se abordará con mayor detenimiento, pero con lo expuesto hasta aquí ya avanzamos que con el reconocimiento de que la salud no abarca solamente el plano físico de los individuos sino también sus planos psicológico y social, se pone en marcha un nuevo paradigma para abordar el tema de la salud: el modelo biopsicosocial. En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como un "estado de bienestar físico, mental y social". Esta definición impulsó dicho cambio de paradigma.

En 1978 nació institucional y profesionalmente la *Psicología de la Salud* como rama específica de la Psicología, en el seno de la Academia Americana de Psicología (APA). Podemos definirla como la rama de la Psicología que estudia cómo las variables psicológicas del paciente influyen en su estado de salud (cómo pueden conducirlo a enfermar, a afrontar la enfermedad, qué hace para mantener la salud, por qué no se abandonan hábitos poco saludables...), puesto que está probado que algunas conductas pueden ser consideradas como preventivas de salud (p.e. lavarse la manos después de ir al baño), mientras que otras pueden ser consideradas como factores de riesgo para la salud (p.e. fumar). Desde la Psicología de la Salud se investiga sobre el origen y los correlatos psicológicos de la enfermedad y sobre las relaciones entre los aspectos físicos y comportamentales que influyen en la salud y en la enfermedad, con la finalidad de incrementar e/o instaurar conductas preventivas o prosaludables, y disminuir la intensidad o la frecuencia e incluso eliminar conductas de riesgo. El enfoque admite tanto la perspectiva particular y concreta del individuo como la perspectiva colectiva de la sociedad en la que vive el individuo. No olvidemos que al ser disciplina afín a las Ciencias de la Salud su objetivo final será,

en consecuencia, la promoción y mantenimiento de la salud y el bienestar, así como la prevención de la enfermedad.

Además, desde la Psicología de la Salud se establecen recomendaciones para la interacción entre el profesional sanitario y el paciente, entre colegas, entre profesionales de distintas disciplinas, y con el mismo sistema sanitario como ente organizativo. Finalmente, ante el hecho de que la conducta de un individuo pueda considerarse como un factor de riesgo por sí misma, las actuaciones encaminadas a la modificación de determinadas conductas podrán reducir la probabilidad de que aparezca dicho riesgo. En este sentido, y partiendo de la premisa de que la conducta es modificable, o moldeable con cierta facilidad, desde la Psicología se plantean muchas y diversas técnicas de modificación de la conducta, que se abordarán en temas posteriores.

Históricamente ha existido relación entre la Psicología de la Salud y algunas disciplinas sanitarias (p.e. la Enfermería), cosa que no ha ocurrido con la Optometría. Sin embargo, dado que actualmente el Grado en Óptica y Optometría está incluido en el área de las Ciencias de la Salud, la formación de los ópticos-optometristas debe ampliarse en este sentido con la adquisición de unas buenas habilidades comunicativas, el manejo con soltura de una terminología propia de la atención primaria, y el conocimiento, aunque a un nivel básico, de algunos procesos psicológicos básicos (percepción, atención, memoria, aprendizaje), de las características principales de las etapas del desarrollo psicológico humano, o de las bases de la conducta humana normal y sus alteraciones.

Llegados a este punto es necesario destacar que no se puede hablar de una única directriz o enfoque en Psicología de la Salud sino que el cuerpo de conocimientos y procedimientos es heterogéneo y ha sido generado en función de los diferentes paradigmas de la psicología existentes: la psicopatología, el psicoanálisis, la psicología social, la psicología del aprendizaje, etc., y también en función de la disciplina donde se tenga que aplicar. Por ejemplo, una optometrista, un enfermero, o un médico deben tener buenas habilidades de comunicación o ciertas nociones sobre el curso del desarrollo vital pero, en cambio, el conocimiento sobre la conducta de enfermedad tendrá que ser necesariamente más profundo en el caso de la médico y del enfermero, mientras que para la optometrista quizás sea más interesante profundizar en aspectos relacionados con procesos psicológicos básicos como la percepción, o los procesos de aprendizaje...

2.2. CONCEPTOS DE ENFERMEDAD Y SALUD

A pesar de que tradicionalmente la enfermedad se ha concebido como una *alteración del funcionamiento del cuerpo a nivel anatómico o fisiológico*, actualmente el concepto de enfermedad se define como una *alteración del estado de salud en cualquiera de sus aspectos: biológico, psicológico o social*. La enfermedad no se concibe al margen de las características psicológicas del individuo y del entorno social que lo rodea. Paralelamente, la definición de salud es la citada anteriormente (OMS, 1948): *estado de bienestar físico, mental y social*. Con esta nueva concepción, el espectro de lo que puede entenderse por enfermedad se amplía considerablemente, no sólo se tienen en consideración las dolencias físicas graves o incluso mortales, y el término pierde el sentido peyorativo que podía atribírsele en otros tiempos. Por este mismo motivo, los límites entre el estado de salud y el de enfermedad no son diáfanos, pues quedan difuminados por consideraciones psicológicas, sociales y culturales.

La enfermedad tiene un efecto y un significado distinto para cada individuo, lo que puede condicionar su evolución e incluso su inicio: los factores sociales, psicológicos o culturales son muy importantes para definir la situación, afrontarla, actuar y tomar decisiones. Esto permite la paradoja de la persona que se encuentra muy

bien pero a la que, mediante pruebas objetivas, se le diagnostica un estado de enfermedad o, por el contrario, la persona que siente malestar pero para quien las pruebas objetivas no conducen a ningún diagnóstico.

Los profesionales sanitarios debemos mostrar una actitud empática identificando qué significado cognitivo y emocional tiene la situación de enfermedad para el paciente, con el fin de ayudar al enfermo a sobrellevar su situación. A pesar de que existen muchos matices, es evidente que vivir una situación de enfermedad provoca emociones y sensaciones, y genera sentimientos y pensamientos que cada individuo interpreta de un modo particular. Entre otros podemos citar:

- *Malestar*, en forma de molestia, dolor o sufrimiento, en el plano físico y/o psicológico.
- *Amenaza*, ya sea en el sentido biológico de muerte o pérdida permanente (p.e porque se está en un estadio terminal, o porque se ha perdido, sin posibilidad de recuperación, un órgano o una función orgánica), o en el sentido biográfico si la enfermedad es discapacitante y en consecuencia la situación pueda afectar al curso normal del desarrollo vital.
- *Preocupación*, que puede ser un reflejo realista de la situación, o que puede llevar hacia pensamientos irracionales, ansiedad...
- *Invalidez*, ya que la persona no puede desarrollar su actividad habitual con normalidad. En este caso puede desarrollarse una dependencia de otras personas, que a su vez puede generar sentimientos tanto positivos (p.e. porque "me miman") como negativos (p.e. "soy un inútil").
- *Centramiento o absorción por el cuerpo*, en el caso de que la situación de enfermedad genere una preocupación exagerada o una atención desmesurada hacia el funcionamiento corporal.
- *Soledad*, vivida como un sentimiento interno puesto que el malestar físico o psicológico es intransferible, o vivida como sentimiento externo de aislamiento o desapego real de la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, etc.
- *Anomalía/marginación*, en el sentido que estar enfermo supone estar fuera de lo que es normal.

La expresión de estos sentimientos puede ser de forma muy diversa y a menudo sin una evidente relación con el comportamiento observable del individuo: estoicismo, nerviosismo, ira, evasión, ansiedad, paralización, incredulidad...

2.2.1 Fases del proceso de enfermedad.

Con una finalidad práctica se suele describir el proceso de enfermedad como una secuencia de fases. En este texto recogemos una propuesta que contempla 6 fases, aunque hay que tener en cuenta que no se suceden todas necesariamente en todos los procesos, ni tienen una duración concreta. Lo que sí parece claro es que las influencias culturales o sociales sobre el paciente y su propio perfil psicológico tienen mucho que ver:

FASE 1. Aparición de los síntomas: el individuo percibe subjetivamente los primeros síntomas pero suele continuar con su actividad diaria con normalidad sin hacer partícipe a nadie de su estado. En esta fase se realiza un validación personal, es decir, el propio individuo intenta encontrar una causa que explique los síntomas (p.e. *me duele la cabeza porque salí de fiesta y sólo he dormido 5 horas*). Si la relación causa-efecto entra dentro de lo que el sujeto califica como normal es posible que sencillamente deje pasar el tiempo o que recurra al autotratamiento (p.e. *tomaré paracetamol*). Cuando el sujeto no encuentra una relación causa-efecto que le satisfaga, cuando no vea motivos para sus síntomas u opine que la relación causa-efecto es preocupante, la validación personal de "anormalidad" le llevará a la siguiente fase.

FASE 2. Definición de la enfermedad: el sujeto empieza a comunicar sus síntomas y su valoración de la situación a las personas más próximas, buscando una corroboración de la teoría que ha elaborado previamente acerca de su estado de salud. Con esta validación del entorno el individuo recibe la ratificación de la atribución síntomas-enfermedad y paralelamente consejos sobre qué hacer (p.e. *¿voy a urgencias, o mejor espero a mañana?, ¿voy a trabajar, o mejor me quedo en cama?*). En esta fase la influencia de las variables psicosociales se hace muy evidente puesto que las propias creencias y/o actitudes y la influencia del entorno próximo al sujeto (consejo de los familiares, facilidad de acceso a la atención primaria...) serán determinantes para que éste tome la decisión de abandonar su rol normal de comportamiento y busque la ayuda del profesional sanitario pertinente, o decida posponerla.

FASE 3. Contacto con la asistencia sanitaria: el sujeto recurre a un profesional de la salud para obtener una explicación de sus síntomas y un diagnóstico de su enfermedad. En esta fase pues, se persigue una validación social que ratifique y legitime el estado de enfermedad (p.e. baja médica). En esta fase puede ocurrir que el profesional sanitario no reconozca el estado de enfermedad del individuo o que no pueda dar un diagnóstico que explique su sintomatología; es el caso de lo que se denominan "enfermos funcionales", personas que presentan síntomas o dolencias no catalogables y que recurren a una gran variedad de profesionales de diferentes disciplinas sanitarias sin éxito en cuanto a sus expectativas de reconocimiento social, laboral, etc.

FASE 4. Reconocimiento del estado de enfermedad: el sujeto asume el rol de enfermo y la necesidad de una atención especial (que a veces puede conllevar una cierta dependencia), y acepta seguir las indicaciones terapéuticas. En esta fase la influencia del patrón psicológico del individuo y de su entorno social también es muy manifiesta: la conducta del sujeto puede ir desde la negación del rol de enfermo (que comporta el rechazo o el retraso del tratamiento) hasta la adopción exagerada de conductas de dependencia (p.e. por una ganancia secundaria expresada en la mayor atención de los otros hacia el enfermo, u otros beneficios).

FASE 5. Convalecencia y/o rehabilitación: los síntomas van desapareciendo, el sujeto puede ir retomando su actividad normal y abandonar el rol de enfermo. Cuando la enfermedad ha dejado secuelas permanentes (p.e. ceguera) o es crónica (p.e. PIO elevada) esta fase no es propiamente la de una convalecencia y se debe orientar hacia la adquisición de nuevos hábitos, habilidades o conductas, la aceptación de limitaciones, y la potenciación de lo que se denominan "restos" (p.e. una persona con baja visión puede entrenarse en la utilización de ayudas que le permitan leer con el resto visual que tenga; esto se denomina rehabilitación visual). En ocasiones existen personas que no tienen mucho interés en abandonar esta fase y se acomodan en su rol de enfermo para continuar disfrutando de los privilegios de las ganancias secundarias que ello les comporta (p.e. recibir visitas frecuentes de familiares o amigos en casa), por supuesto esta situación debería resolverse sin mucha demora.

FASE 6. Recuperación o curación: el sujeto abandona del todo el rol de enfermo y vuelve a sus actividades normales, o bien permanece en el rol de enfermo crónico y por lo tanto debe aprender a convivir con la enfermedad, con el reto de un cambio de hábitos, etc, que se ha comentado en la fase anterior.

2.3. EL MODELO BIOMÉDICO (TRADICIONAL) DE ENFERMEDAD Y EL MODELO BIOPSIICOSOCIAL DE LA SALUD

La comprensión de los dos modelos deriva de cómo definen cada uno de ellos los conceptos de enfermedad y salud, aspecto abordado en el punto anterior.

El Modelo Biomédico (Bright, 1840) es patologista, se ha ocupado tradicionalmente de la base orgánica o somática de la enfermedad, de sus aspectos físicos y fisiológicos. Está centrado en la enfermedad, entendida desde su acepción tradicional, y esto conlleva la prioridad de actuar para curarla, aunque también se planifican acciones de prevención. Es un modelo reduccionista en el sentido de que aunque la enfermedad sea compleja se contempla con un origen simple y la atención al paciente es segmentada por la organización del sistema sanitario en diversas especialidades. También es un modelo dualista, porque considera separadamente los fenómenos mentales/comportamentales de los somáticos (herencia del dualismo Platónico cuerpo-mente). Para realizar el diagnóstico desde este modelo se contemplan esencialmente las pruebas objetivas y los signos clínicos (manifestaciones objetivas de la enfermedad, como la fiebre, la pérdida de peso...). Bajo este paradigma a menudo la relación profesional sanitario-paciente es distante y se contempla poco la participación activa del paciente, en cierto modo el paciente se entiende que es pasivo.

A pesar de que es evidente que el modelo biomédico occidental ha posibilitado el desarrollo de la Medicina y de otras disciplinas de las Ciencias de la Salud a nivel metodológico, práctico, tecnológico y científico, éste sería mejorable si contemplase la influencia recíproca de las variables psicológicas, comportamentales y sociales de las personas en su estado de enfermedad. Esto es lo que propuso George Engel en 1977 con un nuevo modelo explicativo avalado por múltiples trabajos de investigación, al que denominó Modelo Biopsicosocial de salud. Por lo tanto el modelo biopsicosocial de salud no es un modelo contrapuesto o que excluya al modelo biomédico, sino que hay que entenderlo como una optimización de éste. Al velar por la salud de un modo más integral, además de planificar acciones de prevención de la enfermedad se planifican actuaciones de promoción de la salud y de control y prevención de factores de riesgo.

Desde el modelo biomédico el tratamiento se guía por principios estrictamente biológicos y se considera externo al paciente, de modo que al no considerarse variables que no sean de carácter orgánico se recurre habitualmente a la farmacología. En cambio, debido a que actualmente ya es indiscutible que algunos factores psicosociales pueden ser determinantes en el inicio, la severidad, el curso y en el mantenimiento de algunas enfermedades, la prevención de la enfermedad a partir de la educación en estilos de vida saludables tiene que ser considerada conjuntamente con el propio tratamiento de la enfermedad (p.e. estrés y problemas cardiovasculares). Desde el paradigma biopsicosocial se reconoce que las mejoras en las condiciones sociales, ambientales y/o en las conductas de las personas repercuten en la mejora de su salud. También, una relación relativamente cercana entre el profesional y el paciente induce a que éste último sea un participante activo del proceso asistencial, y al parecer existe una mayor probabilidad de adherencia y éxito del tratamiento, y un mayor grado de satisfacción del sujeto.

Según el planteamiento del modelo biopsicosocial, a parte de la recogida objetiva de datos, es necesario que el profesional de la salud sea capaz de recopilar otros datos clínicos mediante una entrevista teniendo unos conocimientos básicos sobre el modo en que los pacientes comunican sus síntomas de enfermedad (eso es, la percepción subjetiva que el enfermo tiene de su malestar, p.e. fatiga ocular, mareo, dolor de cabeza, sensación de arena en los ojos...). Ello implica ser habilidosos en la comunicación verbal y no verbal. Las habilidades más esenciales del profesional de la salud implican el correcto análisis de cómo el paciente explica y vive su experiencia de enfermedad.

Finalmente, si desde el modelo biomédico los participantes en la intervención sanitaria son casi estrictamente los profesionales sanitarios, desde el enfoque biopsicosocial se contempla la participación de otros sectores y también de toda la comunidad.

2.4. CONDUCTA DE ENFERMEDAD

El término *conducta de enfermedad* hace referencia a la respuesta global del sujeto hacia la enfermedad, e implica un análisis de las variables que hacen que pacientes con un mismo diagnóstico, con una evolución similar y con el mismo tratamiento, reaccionen y progresen de manera muy diferente, presenten síntomas diferentes, formulen quejas de manera diferente, etc. Diversas investigaciones muestran que la respuesta o actitud del enfermo influye en la sintomatología, en el curso del proceso o en la adherencia al tratamiento, entre otros aspectos. Actualmente hay un panorama muy ecléctico respecto a lo que se considera conducta de enfermedad y a las variables que intervienen en ella, por lo que a continuación se realiza una breve síntesis histórica del uso del concepto:

a) ROL DE ENFERMO. La primera aproximación al término la hizo Talcott Parsons en 1951 al hablar del "rol de enfermo" como un papel que idealmente debía cumplir el enfermo, con una serie de derechos y deberes (el derecho a ser eximido de ciertas responsabilidades, y el deber de buscar ayuda profesional para mejorar su estado de salud). En esta concepción quedaban desatendidos los procesos psicológicos, por lo que no podía explicar las diferencias individuales en la forma de vivir la salud o la enfermedad.

b) CONDUCTA DE ENFERMEDAD. Los que emplearon por primera vez el término de *conducta de enfermedad* fueron David Mechanic y Edmund Volkart en 1962. Partiendo del concepto introducido por Parsons, tuvieron en cuenta la relevancia que tenía la reacción psicológica y el entorno social del individuo ante la enfermedad. Según su punto de vista, por razones de educación, clase social, estatus laboral, o religión (factores sociales), o según los niveles de estrés, ansiedad, soledad, o facilidad para establecer relaciones sociales (factores personales), algunas personas ignoran o minimizan la importancia de los síntomas y evitan ir al médico, mientras que otras personas tienen respuestas exageradas a síntomas leves, manifiestan sentir mucho dolor, o enseguida buscan la ayuda médica. Así, las variables independientes que intervienen en el proceso son la tendencia a adoptar el rol de enfermo y el grado de estrés percibido. La conducta de enfermedad se entiende como un proceso dinámico donde inicialmente el paciente evalúa el significado y las consecuencias de sus síntomas, posteriormente buscará las causas que han contribuido a la situación (influye el sistema de valores y creencias, ya que puede culparse o culpar a otros...) y, finalmente, evaluará sus posibilidades de afrontamiento a partir de experiencias anteriores, de modelos de afrontamiento de otras personas, de la repercusión de la enfermedad en su vida diaria, del apoyo familiar y social, etc.

c) CONDUCTA ANORMAL DE ENFERMEDAD. Yssy Pilowsky empleó el término *conducta anormal de enfermedad* en 1969 para referirse a la persistencia inapropiada y desadaptativa de percibir, evaluar y actuar en relación con el estado de salud de una persona, aunque desde el plano sanitario se hayan tenido en cuenta los factores psicosociales intrínsecos del paciente y de su entorno. En 1975 elaboró un cuestionario para poder medirla objetivamente, el *Illness Behaviour Questionnaire (IBQ)*, con el objetivo de conocer las actitudes y sentimientos sobre la enfermedad, la percepción de reacciones de los otros hacia la enfermedad y la propia percepción sobre la situación psicosocial que se vive.

Ejemplo: Índice Whiteley de Hipocondriasis (en el IBQ; deberían haber menos de 8 respuestas afirmativas)

1. ¿A menudo se preocupa por la posibilidad de tener una enfermedad grave?
2. ¿Sufre de dolores y achaques diversos?

3. ¿A menudo se da cuenta de distintas cosas que ocurren en su cuerpo?
4. ¿Está muy preocupado por su salud?
5. ¿Con frecuencia tiene síntomas de enfermedades muy graves?
6. ¿Si tiene noticia de alguna enfermedad (a través de la radio, la TV, los periódicos o de algún conocido), se preocupa por la posibilidad de padecerla?
7. ¿Cuando está enfermo, se molesta si alguien le dice que tiene mejor aspecto?
8. ¿Se encuentra molesto por muchos síntomas diferentes?
9. ¿Le resulta fácil olvidarse de sí mismo y pensar en cualquier otra cosa?
10. ¿Le cuesta creer al médico cuando le dice que no tiene ningún motivo para preocuparse?
11. ¿Tiene la sensación de que la gente no se toma suficientemente en serio su enfermedad?
12. ¿Cree que se preocupa por su salud más que la mayoría de la gente?
13. ¿Cree que hay algo que funciona francamente mal en su cuerpo?
14. ¿Tiene miedo a la enfermedad?

d) **MODELO DEL SENTIDO COMÚN.** Howard Leventhal propone que el ser humano confecciona sus propias teorías basadas en el sentido común, y por lo tanto también elabora teorías sobre su estado de salud, que determinarán mayoritariamente la conducta del sujeto sobre su salud. Pero, ¿cómo se conforma el sentido común? pues como se suele decir... éste es el menos común de los sentidos y se construye a partir de las experiencias particulares, el conocimiento de la experiencia de otras personas, los propios deseos, la información que nos llega por diversos medios (sean o no fiables), etc. Por lo tanto, son las representaciones cognitivas mediadas por las atribuciones causales y las expectativas del propio sujeto las que le llevarán hacia unas actitudes u otras respecto de la enfermedad. Ahora bien, aplicando el sentido común puede ocurrir que el paciente dé por buenas las hipótesis que avalan sus creencias y/o deseos aunque no necesariamente sean ciertas. Cuando ocurre esta circunstancia los profesionales de la salud deben intervenir para evitar discrepancias entre el estado y las repercusiones objetivas de la enfermedad, y la representación subjetiva que de ella haga el sujeto.

- p.e. *Un anciano de 75 años ante la circunstancia de "ver nublado" piensa que a su edad esto ya es normal y por lo tanto asume la situación y ni siquiera acude al especialista para comentarla.* En este caso el anciano ha elaborado la teoría de que cuando envejecemos todo se deteriora y no tiene arreglo, la causa de "ver nublado" para él es su avanzada edad... Simultáneamente ocurre que sus expectativas de mejora o tratamiento son nulas, y por lo tanto ni siquiera se plantea buscar solución alguna. El anciano posiblemente lleva parte de razón, pero si se da el caso de que simplemente la causa sea una opacificación del cristalino (es decir, unas cataratas consecuencia de la edad), sí que existe una solución de marcha atrás: la intervención quirúrgica con un implante de lente intraocular!

Según este modelo existen 5 componentes que intervienen en la representación de la enfermedad:

1. **Identificación de la enfermedad:** determinar el nombre de la enfermedad. Las personas desean poder dar un nombre a sus síntomas, tanto por el reconocimiento ajeno que ello implica como por la necesidad de interpretación de los síntomas como una evidencia de la enfermedad.
2. **Causa:** las ideas personales sobre las posibles causas de la enfermedad no tienen por qué concordar con las causas médicas reales. Estas ideas surgen de la experiencia personal, de las opiniones de la gente significativa que rodea al paciente, de los médicos, de revistas que haya leído, de Internet, etc.
3. **Temporalización o expectativa de duración:** previsión de cuánto durará la enfermedad. Las creencias relativas a la temporalización se van revisando constantemente (se dice que en cada paciente crónico hay un paciente agudo que se va preguntando "¿qué pasará ahora?").

4. Consecuencias: las creencias sobre las consecuencias de la enfermedad y de su impacto psicológico y social son más realistas a medida que va pasando el tiempo.

5. Curabilidad/controlabilidad: hace referencia a las creencias sobre si la enfermedad será curable o se mantendrá bajo control, y el grado de implicación del propio paciente en la curación.

2.4.1. Variables psicosociales intervinientes

A partir de las propuestas de Parsons, Mechanic & Volkart, Pilowsky, y Leventhal, e incluyendo ideas aportadas por otros autores relevantes y aceptando que en toda generalización quedan aspectos sin tratar, podemos apuntar que las variables psicosociales que intervienen en la conducta de enfermedad son:

a) Creencias sobre las causas: para disminuir la incertidumbre y aumentar la sensación de control de la situación, el enfermo necesita poder atribuir su enfermedad a unas causas concretas. Tener una idea (unas creencias) sobre cuáles son las causas de la enfermedad influirá de manera importante en la adaptación a la enfermedad y/o en la recuperación, porque es lo que determina cómo se enfrentará la persona a la situación.

Si el sujeto piensa que la enfermedad es fruto de su propio comportamiento (creencia sobre una causa interna) puede ocurrir que decida modificarlo, para controlarla o curarse. Sin embargo, también puede darse la circunstancia de que el sujeto se centre en "lo que no hizo" más que en "lo que aún puede hacer", y no emprenda ninguna acción: esta es una situación muy frustrante porque no hay opción de cambiar el pasado. En el primer caso decimos que la creencia interna del individuo es adaptativa porque posiblemente le conduzca a un afrontamiento positivo, mientras que en el segundo caso la creencia es desadaptativa puesto que dificultará el afrontamiento y el ajuste del sujeto a su situación.

p.e. si creo que la causa de una queratitis es que no he utilizado gafas de protección solar para practicar esquí, puedo pensar que en otra ocasión si tomo las debidas precauciones no se volverá a repetir la inflamación corneal; sin embargo también podría centrarme en lo poco previsor que soy generalmente, y sencillamente lamentarme de mi ineptitud sin plantearme que en otra ocasión sí puedo tomar las precauciones necesarias.

Otra circunstancia a considerar sería la creencia de que la propia enfermedad ha sido causada por otras personas o por agentes externos (creencia sobre una causa externa), circunstancia que suele causar un sentimiento muy grande de hostilidad, e impedir o entorpecer un afrontamiento adecuado de la enfermedad, y por lo tanto la adaptación del individuo. En ocasiones la respuesta del individuo es de huida o no aceptación.

p.e. si un sujeto cree que su afección pulmonar es debida al humo que ha tenido soportar como fumador pasivo es posible que sienta rabia e impotencia y de entrada no tenga la actitud positiva necesaria para hacerle frente y colaborar con los agentes sanitarios que le están tratando.

b) Creencias sobre el control: la creencia sobre si la propia conducta puede influir en el curso y/o la curación de la enfermedad también es una variable que interviene en la conducta de enfermedad del individuo. Las personas que creen que pueden controlar la enfermedad siguiendo hábitos saludables o siguiendo las prescripciones de los profesionales sanitarios presentan un mejor ajuste a la enfermedad y adherencia al tratamiento que los que no presentan esta confianza. En el apartado de Psicología Social del Tema 7 se tratará con más detalle el concepto de "locus de control", que hace referencia al hecho de si el individuo percibe que el control de una situación es interno, que está en sus manos, o si es externo, o dependiente de otra personas o factores. Aquí podemos avanzar que los sujetos con locus de control interno muestran más predisposición a producir conductas para el mantenimiento de la salud y modificación las situaciones

negativas, mientras que los sujetos con locus de control externo tienden a no utilizar estrategias que comporten la modificación de las circunstancias y adoptan un papel más pasivo o dependiente.

p.e. si un individuo considera que manteniendo una dieta pobre en sal puede bajar su tensión arterial (control interno) es más probable que mantenga la dieta que otro individuo que considera que la regulación de la tensión arterial depende de la dosis de medicamento que le recete su cardiólogo (control externo).

c) Significado de la enfermedad: lo que signifique la enfermedad para el paciente influye de manera considerable en las estrategias de afrontamiento que adopta, ya que provocará unas determinadas respuestas emocionales y unas actitudes de actuación o de pasividad. Dicho significado está modulado por su propia experiencia física y/o emocional, y factores sociales y ambientales como la cultura, la accesibilidad a la información a través de amigos, familia, medios de comunicación, la organización del sistema sanitario, etc.

p.e. el significado de un diagnóstico de cáncer de mama para una joven cuya madre también ha sufrido la enfermedad y la ha superado seguro que es muy distinto del de otra joven cuya madre murió a consecuencia de la enfermedad.

La enfermedad se puede entender como un reto, como una circunstancia más en la vida que implica una serie de deberes como pueda ser un cambio de hábitos, una psicoterapia, un tratamiento quirúrgico o farmacológico... Quien afronta la enfermedad como un reto suele adoptar estrategias de afrontamiento activas, busca ayuda profesional, tiene actitud cooperativa con el profesional, busca alternativas de recompensa que complementen la pérdida que significa la enfermedad, etc.

La enfermedad se puede entender como una amenaza a la integridad personal o como un enemigo. En este caso es frecuente la respuesta emocional de rabia, ansiedad, miedo o mal humor, y el enfermo adopta actitudes de fuga o de pasividad tirando la toalla por indefensión. También suelen aparecer actitudes de negación de la enfermedad (el individuo elude factores obvios de la realidad) o de proyección (sentimientos o ideas dolorosas son proyectadas hacia otras personas o cosas cercanas). Si se percibe como un castigo, la actitud puede ser de resignación y pasividad.

La enfermedad se puede entender también como un refugio o como una ganancia secundaria: puede ocurrir que el paciente deje de lado los problemas de su entorno laboral o personal para dedicarse completamente a él mismo, o puede utilizar su situación de enfermedad para disfrutar de una baja laboral, para conseguir una mayor atención por parte de terceras personas, para obtener algunos privilegios, etc.

d) Afrontamiento: es el proceso a través del que se hace frente a una situación o a un hecho estresante. El esfuerzo puede ser a nivel cognitivo y/o conductual y se desencadena para hacer frente a las demandas internas o externas del individuo que desbordan sus recursos, con el fin de eliminar o minimizar las consecuencias negativas del estrés inducido, y para tolerar o aceptar las condiciones estresantes junto con sus consecuencias, proporcionando un cierto control de las circunstancias. Generalmente se distingue entre dos tipos de estrategias de afrontamiento:

d.1) afrontamiento basado en el problema: cuando el sujeto considera que la situación no es irreversible, que puede cambiar, y se plantea alternativas de solución que pone en marcha mayoritariamente con estrategias conductuales (p.e. pedir ayuda, informarse, adquirir nuevos hábitos...).

- d.2) afrontamiento basado en la emoción: cuando el individuo tiene pocas expectativas sobre la posibilidad de cambiar la situación y centra sus esfuerzos en disminuir la respuesta emocional negativa que le genera la enfermedad, mayoritariamente con estrategias cognitivas (p.e. aprendiendo técnicas de relajación, cambiando el significado de la enfermedad...).

Todos utilizamos los dos tipos de estrategia de afrontamiento en función de las circunstancias con las que nos encontramos, y simultáneamente podemos utilizar varias estrategias. Lo más importante es que el afrontamiento sea adaptativo para la situación concreta, es decir, que realmente contribuya a la disminución del malestar del individuo, aspecto que no permite realizar generalizaciones.

- p.e. una respuesta de negación de la situación en muchas ocasiones es no adaptativa porque impedirá que el individuo siga los consejos del profesional sanitario y esto retrasará la curación de la enfermedad, sin embargo la negación de la situación cuando un sujeto recibe un diagnóstico muy duro puede ser un recurso para disminuir el nivel inicial de ansiedad y evitar el desbordamiento provocado por la cruda realidad.

- e) Apoyo social: el afecto, la seguridad o la aprobación que nos proporcionan otras personas, influyen en nuestros patrones de conducta (p.e. quedamos con un amigo para ir a practicar deporte). Al parecer modulan el riesgo de padecer algunas enfermedades y algunas respuestas biológicas a nivel inmunitario, endocrino y hemodinámico. El impacto del estrés cuando hay apoyo social parece ser que es menor que si no éste no existe.

En el poder terapéutico del apoyo social se fundamentan las actuaciones de educación para la salud en grupo (p.e. campañas escolares sobre el uso y abuso de drogas) y las terapias a través de grupos de apoyo o de autoayuda (p.e. víctimas del terrorismo).

El apoyo social se puede proporcionar a nivel emocional (respeto, estimación, seguridad), informativo (información sobre el proceso esperado, consejos), o material (subsidios para hacer frente a una incapacidad laboral, a tratamientos muy costosos, a la atención de hijos menores o progenitores, etc).

- f) Relación profesional-paciente: idealmente el paciente no debería ser pasivo y simplemente obediente. La participación activa del paciente brinda la oportunidad de que la información sobre la situación y la percepción de control actúen de manera beneficiosa en el proceso de curación o de aceptación de la enfermedad y de bienestar emocional. La mayoría de la investigación en este campo avala el hecho que una buena relación profesional-paciente (lo que se denomina "rapport") deriva en efectos positivos en la cooperación del paciente y en su motivación, e influye mucho en el afrontamiento de su enfermedad. Por lo tanto, se insiste en la relevancia de la comunicación verbal, no verbal y escrita de la relación terapéutica, aspecto que se tratará en el último tema del curso.

2.5. EL DUELO

El duelo es un proceso normal y dinámico de elaboración que se desencadena cuando las personas viven una pérdida significativa para ellas; dicha elaboración implica la aceptación y la adaptación del individuo a la ausencia. Los conceptos de duelo y pérdida pueden tener un sentido muy amplio: pueden referirse a la muerte de un ser querido (que es la situación a la que más comúnmente asociamos el duelo) pero también podemos pensar en pérdida y duelo ante la separación de una pareja, la pérdida del empleo, la pérdida de un órgano o una función biológica (p.e. la pérdida de visión), etc. El inicio del proceso, la duración y su regularidad son aspectos muy dependientes de variables psicológicas del individuo, y de aspectos del área social como el

apoyo de familiares y amigos, las connotaciones culturales, o la sociedad de pertenencia. De nuevo entran en juego el significado que para el sujeto tiene la pérdida, las estrategias de afrontamiento, etc.

Pese a que lo más habitual es que el proceso se desencadene con posterioridad a la ocurrencia de la pérdida, en ocasiones puede anticiparse a ella: es posible que si nos comunican que un ser querido está en un estadio terminal y que le quedan pocos días de vida, aunque no se haya producido el deceso ya se pongan en marcha los mecanismos internos que inician el duelo.

Aunque de entrada pueda no parecerlo, el duelo es un proceso adaptativo durante el cual el cuerpo, los pensamientos y las emociones deberían llevarnos a la aceptación de la nueva realidad: experimentar dolor, llorar, sufrir, sentir nostalgia... son a menudo necesarios para tomar conciencia de esta nueva realidad. El objetivo final del duelo, es poder normalizar la vida de nuevo en un tiempo razonable, y no para olvidar el pasado, sino porque se es capaz de recordarlo sin un dolor y sufrimiento desbordantes. Diversos autores que han investigado sobre el proceso de duelo han intentado establecer una secuencia de etapas consecutivas hasta su "resolución". Generalizando (y por lo tanto afinando sólo hasta cierto punto) podríamos resumirlas en: negación, bloqueo emocional/mental, rabia, dolor, apatía, miedo, tristeza... y aceptación.

Es interesante observar que la regularidad del proceso no es lo habitual sino que lo más común es que haya muchos altibajos, y que si bien suele considerarse que un duelo se resuelve en 1 ó 2 años, aún albergando un duelo latente, las múltiples circunstancias en las que se elabora el duelo admiten márgenes amplios al respecto.

A diferencia de otros profesionales sanitarios como los médicos y enfermeros, el óptico-optometrista no atiende a personas que inician un duelo por muerte, pero sí deben ser sensibles a los duelos desencadenados por pérdidas de visión, ceguera, traumatismos que impliquen la extracción del globo ocular, etc... en este caso la actuación profesional siempre tiene que ir dirigida a brindar apoyo para el ajuste del paciente a la situación.

2.6. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El modelo biopsicosocial de la salud apuesta por la promoción de la salud, además de la prevención y curación de enfermedades. Las investigaciones que han puesto sobre la mesa la importancia de las variables psicológicas del individuo en la promoción de la salud y en la prevención y el tratamiento de enfermedades son numerosas, y a nivel colectivo son evidentes la influencia de los condicionantes socio-culturales.

Veamos algunas definiciones del glosario de términos en la serie "Salud para todo el mundo" de la OMS, Ginebra, 1984:

- La promoción de la salud es el proceso que permite que las personas incrementen sus habilidades y capacidad de control sobre los factores determinantes de su salud, para mejorarla. Debe ser una actuación a nivel público, global, dirigida a modificar condiciones sociales, ambientales y económicas si es necesario. Sus objetivos, que persiguen resultados duraderos y a largo plazo, son:
 - 1) Desarrollar hábitos y costumbres sanos en la población (p.e. comer 5 piezas de fruta/verdura a diario).
 - 2) Modificar o eliminar hábitos y costumbres insanos o peligrosos (p.e. no exponerse al sol entre las 12h y las 17h).
 - 3) Promover la modificación de los factores externos al individuo que influyan negativamente en su salud (p.e. reformar la red de alcantarillado en un barrio marginal).

- 4) Conseguir que tanto a nivel individual como colectivo se acepte la salud como valor fundamental patrimonio de la comunidad.
- La prevención de la enfermedad es el conjunto de medidas destinadas a prevenir la aparición de la enfermedad en sí misma reduciendo los factores de riesgo o la probabilidad de que existan y actuando sobre sus causas, así como de detener la progresión y atenuar sus consecuencias negativas en caso de la enfermedad ya se haya manifestado. Las actuaciones de prevención de la enfermedad se utilizan complementariamente a las de promoción de la salud, pero no se deben confundir: las medidas de promoción de la salud tienen efecto preventivo pero no ocurre lo contrario. Normalmente de la prevención de la enfermedad se ocupa sólo el sector sanitario, puesto que es desde donde se identifican los factores y las conductas de riesgo, y se espera de las actuaciones que proporcionen resultados a corto o medio plazo. Podemos distinguir entre tres niveles de prevención:
 - La prevención primaria se dirige a la población general y su propósito es evitar la aparición de la enfermedad utilizando estrategias comportamentales para fortalecer la salud de las personas y prevenir la aparición de enfermedades todavía no presentes (p.e. control anual del estado refractivo, vacunación anual contra la gripe, utilización del cinturón de seguridad, etc.). Su objetivo es disminuir factores de riesgo y aumentar factores de protección.
 - La prevención secundaria se dirige a la población más vulnerable para un riesgo concreto, y contempla la utilización de estrategias para eliminar o controlar situaciones de alto riesgo o problemas ya manifiestos, en su estadio inicial, antes de que se agraven. Esto se consigue a través de la detección precoz o de la administración de un tratamiento (p.e. mamografía anual para todas las mujeres mayores de 50 años, utilización de gafas o lentes de contacto, examen de fondo de ojo periódico en miopía magna por riesgo de desprendimiento de retina, etc).
 - La prevención terciaria se dirige hacia un segmento de población con un trastorno identificado, y su objetivo es reducir la probabilidad de recaídas en alteraciones ya superadas y aliviar los efectos perjudiciales derivados de los trastornos crónicos (p.e. control periódico de la presión intraocular en caso de glaucoma, dieta sin sal en caso de enfermedades coronarias, etc).

Las actuaciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad se pueden planificar en tres contextos diferentes, no excluyentes entre sí: en el marco escolar (p.e. programas de flúor dental), en el marco familiar (p.e. hábitos de actividad física y descanso), y en el marco comunitario (p.e. uso de equipos de protección individual).

BIBLIOGRAFIA

- CIENCIAS PSICOSOCIALES APLICADAS A LA SALUD. Bartolomé Llor, M^a Ángeles Abad, Mariano García, Joaquín Nieto. Interamericana McGraw-Hill, 1995.
- CIENCIAS PSICOSOCIALES APLICADAS I Y II. ENFERMERÍA. José Miguel Latorre (coordinador). Síntesis, 1995.
- THE NEED FOR A NEW MEDICAL MODEL: A CHALLENGE FOR BIOMEDICINE. George L Engel. SCIENCE, vol 196 (nº4286), April 1977.
- PSYCHOLOGY AND VISION CARE. Rosalyn H. Shute. Butterworth-Heinemann, 1991