

## Psicología básica y salud

Jordi Fernández Castro\*

*Universidad Autónoma de Barcelona*

**Resumen:** Este trabajo trata de la relación entre Psicología Básica y Salud. En la primera parte se analiza el concepto actual de salud y se enfatiza el hecho que la mayoría de los factores de riesgo para la salud están íntimamente relacionados con conductas cotidianas. En la segunda parte se expone la contribución al conocimiento de la relación entre Psicología y Salud producido por la investigación científica en el campo del aprendizaje y en el de las emociones. La principal conclusión es que el conocimiento psicológico de carácter básico es imprescindible para avanzar en la mejora de la salud.

**Palabras clave:** Psicología básica, Aprendizaje, Emociones, Psicología de la Salud.

**Title:** General Psychology and Health

**Abstract:** The aim of this work is to analyze the relationship between General Psychology and Health. Firstly, we analyze the current concept of Health, emphasizing that Health risks factors are closely related to daily behaviors. Secondly, the knowledge about this relationship between Psychology and health provided from scientific research in learning and emotion is described. From these points on, the conclusions obtained is that fundamentals of scientific knowledge in the field of Psychology are essential to achieve Health improvement.

**Key Words:** General Psychology, Learning, Emotions, Health Psychology.

Este trabajo trata de la relación entre la Psicología Básica y la Salud. Voy a defender la tesis de que la Psicología Básica, es decir el conocimiento teórico y experimental de los determinantes de la conducta humana, es imprescindible para mejorar la salud de nuestra sociedad. El corolario de esta tesis es que si no se progresa en el desarrollo y aplicación de los principios psicológicos básicos, difícilmente podremos llegar a hacer frente a los retos en la atención a la salud que tenemos planteados.

### El concepto actual de Salud

Me voy a referir al concepto de Salud de manera integral sin hacer distinciones dualistas entre salud mental y orgánica. Hace unos veinticinco años empezaron a producirse ciertos cambios en el mundo de la Salud que han llegado a ser una verdadera

revolución. Uno de los hitos importantes de este proceso fue, por ejemplo, el manifiesto aprobado en Alma-Ata por la Organización Mundial de la Salud en el año 1978 en el se proclamaba el derecho a la salud más allá de la simple ausencia de enfermedad.

En este periodo de tiempo se han producido cambios en prácticamente todos los aspectos que rodean a la Salud. Desde el punto de vista cultural, se puede constatar que las ideas sobre la salud y la enfermedad, la información y el grado de conocimiento y cultura sanitaria del público se han incrementado enormemente, así como el grado de exigencia de calidad en la atención sanitaria. Los usuarios de la sanidad han sustituido a los pacientes.

Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios, se debe reconocer que han irrumpido los psicólogos, los biólogos, los fisioterapeutas, los farmacólogos, los gestores sanitarios y los trabajadores sociales aportando su forma de trabajo y conocimientos específicos en la atención a la salud. Se ha revalorizado el papel del personal de enfermería, ahora sobran médicos y faltan enfermeras, por ejemplo. Estamos ya muy lejos del médico paternal y carismático sobre el que recaía todo el peso de la atención sanitaria.

---

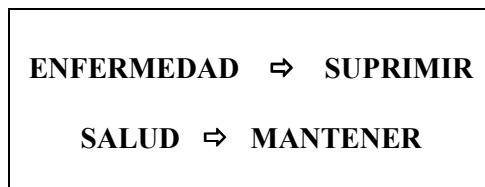
\* **Dirección para correspondencia:** Jordi Fernández Castro. Unidad de Psicología Básica. Dpt. de Psicología de la Educación. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Aptdo. 29, 08193-Bellaterra (Barcelona).

© Copyright 1993 Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Murcia, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Artículo recibido: 26-7-93, aceptado: 29-9-93.

Actualmente hablar de salud significa planearse los sistemas de atención a la salud y asuntos como la atención pública universal, la legislación sobre medicamentos, los grandes hospitales y las redes de asistencia primaria han llegado a ser problemas políticos y sociales de primer orden.

¿Cómo resumir este gran cúmulo de cambios? Quizás lo consiga con las cuatro palabras contenidas en la Figura 1. Se ha pasado de ver a la salud como ausencia de enfermedad a la salud como un estado de bienestar que además de contemplar la ausencia de enfermedades incluye el equilibrio psicológico y la inserción social. La salud se debe conservar y se puede también mejorar y, además, no es exclusivamente una cuestión médico-biológica. La salud ha dejado de ser, por lo tanto, una cosa que afecta únicamente a quién está enfermo o a sus familiares, sino que atañe a todos, puesto que todos tienen derecho a mantener y mejorar su salud.

**Figura 1:** Esquema del cambio producido en el concepto de atención sanitaria en los últimos años.



### Enfermedades y sociedad

Entre otras muchos factores que han influido en este cambio cabe destacar el papel de algunos sociólogos y antropólogos como por ejemplo McKeown (1990) quienes, a partir de los años sesenta, empezaron a analizar la relación entre enfermedades y sociedad. Su trabajos pusieron en entredicho la visión tradicional de la enfermedad como un hecho eminentemente biológico —es decir: ciertos organismos o sustancias atacan al cuerpo, las medicinas acaban con estos gérmenes patógenos o sus consecuencias y las vacunas impiden su irrupción—, al poner de manifiesto que mientras el organismo de las personas de todas las razas no ha variado sustancialmente en los últimos treinta mil años, las enfermedades que se padecen han ido variado al mismo ritmo que ha ido evolucionando la sociedad. Por ejemplo; los japoneses padecen enfermedades diferentes que los norteamericanos,

pero los nietos de japoneses afincados en Estados Unidos padecen el tipo de enfermedades de la sociedad a la que pertenecen ellos, no las de la sociedad a la que pertenecieron sus antepasados.

Otro buen ejemplo de la investigación realizada bajo este punto de vista lo podemos hallar en el caso de la tuberculosis (McKeown, 1979). En 1838, la tasa de mortalidad por año en Inglaterra fue de 4000 defunciones por millón de habitantes, en 1960 no llegaron ni a cincuenta. Actualmente, la mortalidad en los países desarrollados es muy inferior a la que había en el siglo pasado, entre otras razones porque hoy en día ya no fallece un gran número de personas a causa de las enfermedades infecciosas, como la tuberculosis respiratoria. McKeown puso de manifiesto que la tasa de mortalidad por tuberculosis ha ido disminuyendo de manera continua entre 1838 y la actualidad; a pesar que los primeros agentes farmacológicos realmente eficaces contra esta enfermedad (la estreptomycinina) se empezaron a utilizar en 1947, cuando la tasa de mortalidad ya había descendido en Inglaterra por debajo de las quinientas defunciones por millón de habitantes al año.

¿Qué se puede concluir del hecho de que cuando se pudo curar realmente la tuberculosis, ésta ya no fuera un problema de salud importante desde el punto de vista social? Sencillamente que en la lucha contra la tuberculosis fueron determinantes las mejoras de las condiciones de vida de las personas en alimentación, salubridad de viviendas y centros de trabajos, en la higiene y en la precauciones contra los contagios. Las medicinas no son las únicas armas que tenemos contra las enfermedades.

### Los factores de riesgo

Otro cambio importante en el concepto de salud es el énfasis en la prevención. Sin ningún lugar a dudas es muy conveniente dedicar el máximo de esfuerzos a evitar que se lleguen a producir las enfermedades, para no tener que curarlas cuando ya se han producido. Para ello se ha ido identificando factores de riesgo; es decir, hechos como tener niveles altos de colesterol o un peso excesivo, que sin ser realmente enfermedades favorecen su aparición. Si se controlasen estos factores de riesgo se podrían prevenir las enfermedades.

Casi el 80% de las defunciones que se producen en los países desarrollados son debidas a las enfermedades cardiovasculares, los diferentes tipos de cáncer y los accidentes de tráfico, por este mismo orden. España no es, naturalmente, una ex-

cepción puesto que recientemente se han hecho públicos buenos informes sobre estas cuestiones (Instituto de Demografía, 1991; Ministerio de Sanidad, 1993), que corroboran que la evolución de las causas de mortalidad en nuestro país siguen la misma dirección que en otros países de nuestro entorno.

Los factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares están muy bien identificados: son los niveles altos de colesterol, la hipertensión, el tabaquismo, los niveles altos de glucosa, la obesidad, el sedentarismo y el estrés. El tabaquismo, el sedentarismo y el estrés son factores de riesgo en los que, claramente, están implicados factores psicológicos. El resto de factores de riesgo pueden llegar a ser controlados eficazmente por medio de la dieta: la disminución de la ingestión de sal, azú-

cares y grasas, junto con la variedad y moderación en la alimentación pueden hacer desaparecer la amenaza para la salud que son la hipertensión, el colesterol y glucosa altos y la obesidad.

Los factores de riesgo del cáncer también comienzan a estar bien identificados, si bien —debido a que el cáncer es en realidad un conjunto de enfermedades diversas— pueden variar considerablemente de un tipo de cáncer a otro. Al igual que en el caso de las enfermedades cardiovasculares, se sabe qué cosas debe hacer la gente para prevenir su aparición, valga como exponente felizmente logrado el Código Europeo contra el Cáncer elaborado y difundido por la asociación *Europa contra el Cáncer* (Tabla 1).

**Tabla 1:** Código europeo contra el cáncer.

<p><b>Algunos tipos de cáncer pueden evitarse:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. NO FUME. Fumador: deje de fumar lo antes posible y no fume delante de otros.</li> <li>2. SEA MODERADO EN SU CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS.</li> <li>3. EVITE LA EXPOSICION AL SOL.</li> <li>4. RESPETE LAS INSTRUCCIONES PROFESIONALES DE SEGURIDAD, durante la producción, manipulación o utilización de toda sustancia cancerígena.</li> </ol> <p><b>Su salud mejorará si sigue las dos siguientes recomendaciones, que, además, reducen el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. COMA FRECUENTEMENTE FRUTAS Y VERDURAS FRESCAS Y CEREALES CON ALTO CONTENIDO EN FIBRA.</li> <li>6. EVITE EL EXCESO DE PESO y limite el consumo de grasas.</li> </ol> <p><b>Más tipos de cáncer podrían curarse si se detectaran antes:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. CONSULTE AL MEDICO EN CASO DE EVOLUCION ANORMAL: Cambio de aspecto de un lunar, un bulto o una cicatriz anormal.</li> <li>8. CONSULTE A SU MEDICO EN CASO DE TRASTORNOS PERSISTENTES, como la tos, ronquera, cambio en sus hábitos intestinales o pérdida de peso injustificada.</li> </ol> <p><b>Para las mujeres:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. HAGASE REGULARMENTE UN FROTIS VAGINAL</li> <li>10. VIGILE SUS SENOS REGULARMENTE, y si es posible, hágase una mamografía a intervalos regulares a partir de los 50 años.</li> </ol>
--

Hay que destacar, en este punto, que en España las tres únicas enfermedades que experimentaron un aumento en los últimos diez años son el cáncer de pulmón, el de mama y el de colon. El cáncer de pulmón es producto en un grado extre-

madamente alto del hábito de fumar, el cáncer de colon no existe en aquellas sociedades que aún conservan un dieta alta en consumo de fibras vegetales y el cáncer de mama es curable, siempre y cuando se detecte a tiempo: para poder curar sin

grandes secuelas la mayor parte de los casos de cáncer de mama bastaría que las mujeres se realizaran exploraciones periódicas o se sometieran a un reconocimiento médico anual. Es decir que estas tres enfermedades emergentes se podrían combatir eficazmente eliminando el hábito de fumar, las dietas pobres en fibra vegetal y fomentando las revisiones médicas periódicas.

En cuanto a los accidentes de tráfico<sup>(1)</sup>, que son la principal causa de muerte entre los jóvenes entre 15 y 29 años, existe una coincidencia en señalar dos factores de riesgo claros: el exceso de velocidad y el alcohol, el exceso de alcohol está presente en cerca del 70% de los accidentes mortales.

La Tabla 2 expone, de manera sintética, lo que estoy intentando explicar puesto que contiene una lista de acciones en el campo de la dieta, los hábitos tóxicos, la seguridad, el estilo de vida y la conducta del paciente que, si se realizasen, conseguirían eliminar la mayor parte de factores de riesgo del cáncer, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes de tráfico que son responsables, como ya hemos dicho, del 80% de los fallecimientos que se dan en nuestra sociedad. Si se produjeran estos cambios se podría evitar una cantidad muy grande de todos esos fallecimientos, especialmente los producidos antes de los 60 años. Evidentemente ello es, actualmente, imposible. Pero recordemos que si enfermedades como el cólera, el tifus, la peste y la viruela han sido erradicadas en muchas partes del globo, no hay ninguna razón para pensar que no se puedan erradicar en el futuro el cáncer o las enfermedades cardiovasculares.

Analicemos detenidamente los cambios propuestos en la Tabla 2: todos ellos son conductas. Son cosas que hace la gente, no son cosas que le pasa a la gente sin relación alguna a su voluntad. Las personas normalmente escogemos nuestra dieta, decidimos subir en ascensor o ir andando, tomar el sol o no, ponernos el cinturón de seguridad, y muchas otras cosas más. Las enfermedades son hechos orgánicos, pero que dependen de las cosas que hagamos, de nuestra conducta. En definitiva, no se puede mantener y mejorar la salud sin contar con la implicación activa de las personas en la tarea de mantener la propia salud evitando las conductas de riesgo y realizando conductas saludables o preventivas.

(1) Los accidentes de tráfico no son una enfermedad, pero sí una causa importante de mortalidad y de incapacitación. El concepto de mantener la salud incluye, por tanto, la prevención de los accidentes de tráfico y laborales.

Lo que estoy defendiendo no es que las medicinas no sean importantes para combatir las enfermedades sino que los avances biomédicos no podrán ser todo lo efectivos que realmente son mientras no progrese también, y en el mismo grado, en los conocimientos psicológicos sobre la conducta de las personas que afectan a la salud, desde los hábitos alimentarios hasta las pautas de automedicación o la comprensión y el seguimiento de las prescripciones médicas.

### **Medicina Conductual y Psicología de la Salud**

La Psicología de la Salud y la Medicina Conductual son disciplinas que aparecieron en el comienzo de los años ochenta persiguiendo, fundamentalmente, estos dos objetivos:

- Desarrollar la integración de los principios básicos de las ciencias de la conducta y las biomédicas y la investigación interdisciplinar.
- Promover la incorporación de los principios, conocimientos y técnicas de las ciencias de la conducta en el sistema de atención a la Salud.

Tanto la Medicina Conductual como la Psicología de la Salud pretenden, por lo tanto, explicar las enfermedades y curarlas considerando la salud como un proceso integral biológico, psicológico y social. La Psicología Básica ha realizado una aportación notable a esta empresa y a esta aportación es a lo que me voy a referir seguidamente.

### **Psicología Básica**

La Psicología Básica es una disciplina que se ocupa de los procesos y mecanismos que regulan y explican la conducta, entendiendo conducta, naturalmente, en un sentido amplio, lo que la gente hace, piensa y siente. La Psicología Básica es una disciplina que sigue el método de las ciencias experimentales, adaptado, naturalmente, a su particular objeto de estudio y que ha producido un gran conjunto de conocimientos que están en constante renovación. Los psicólogos básicos acostumbran a desglosar este conocimiento en ciertos procesos elementales como son la percepción, la memoria, el aprendizaje, la motivación, la emoción y el pensamiento, aunque cuando alguien hace, piensa o siente algo todos estos procesos están actuando simultáneamente.

**Tabla 2:** Cambios necesarios para eliminar los principales factores de riesgo para la salud

<p><b>DIETA:</b>                  Disminuir el consumo de grasas, azúcares y sal. Aumentar el consumo de productos vegetales y, especialmente, los que contienen fibra.                  Promocionar una alimentación moderada y variada.</p> <p><b>HABITOS TOXICOS:</b>                  Disminuir el consumo de alcohol. Eliminar el tabaquismo.</p> <p><b>SEGURIDAD:</b>                  Promover la prudencia vial, conseguir el uso generalizado del cinturón de seguridad en los coches y del casco en las motos.                  Cumplir las normas de higiene y de seguridad en el trabajo. Protegerse del sol. Impedir el contacto con sustancias contaminantes.</p> <p><b>ESTILO DE VIDA:</b>                  Disminuir el sedentarismo y promocionar la actividad física. Controlar el estrés.</p> <p><b>CONDUCTA DEL PACIENTE:</b>                  Practicar revisiones médicas periódicas. Asegurar la comprensión y el seguimiento escrupuloso de las prescripciones médicas. Combatir la automedicación.</p>
---

Si tuviese que repasar todos estos procesos psicológicos básicos para ir señalando sus puntos de contacto con aspectos específicos de la salud, me hallaría ante una tarea ingente que sobrepasaría de largo los objetivos de un artículo como éste. Por ello me voy a centrar en dos ámbitos concretos: el aprendizaje y las emociones porque, muy posiblemente, son los que más se han implicado en los procesos de salud.

### Aprendizaje

A grandes rasgos, el estudio del aprendizaje es el estudio de cómo la experiencia personal influye en la conducta. Ya desde principios de este siglo los psicólogos han estudiado el proceso de aprendizaje en animales. Es muy conocido el condicionamiento pavloviano mediante el cual un estímulo neutro puede llegar a ser capaz de suscitar la activación de las glándulas salivares gracias a su asociación con un poco de comida. El condicionamiento instrumental consiste en algo distinto, los animales pueden aprender a realizar diferentes acciones como pulsar una palanca o elegir entre dos caminos si con ellas se consigue algo necesario, como por ejemplo comida.

Durante mucho tiempo se defendió la idea de que existían dos formas de aprender: las reaccio-

nes orgánicas, como la salivación, los incrementos en la frecuencia cardiaca, los aumentos de presión arterial, las contracciones estomacales y otras cosas por el estilo podían ser condicionadas por asociación pavloviana, mientras que las acciones, las respuestas motrices, se aprenderían por las consecuencias, para obtener una recompensa, es decir por condicionamiento instrumental.

#### Aprendizaje de respuestas orgánicas

Neal Miller, en los años 60, estaba convencido de que la dicotomía entre aprendizaje de respuestas viscerales y aprendizaje de respuestas motrices no era adecuada y pretendió demostrar que los organismos son capaces de aprender respuestas de naturaleza orgánica, consideradas normalmente como automáticas o autónomas, para obtener recompensas (por ejemplo, DiCara y Miller, 1968). Para probar esta hipótesis trabajó con ratas paralizadas con *curare*, con las que demostró que se podían aprender a cambiar algún parámetro orgánico (por ejemplo: la frecuencia cardiaca, la presión sanguínea, las contracciones intestinales, la actividad vasomotriz, etc.) si dicho cambio era seguido por una recompensa siguiendo el procedimiento del condicionamiento instrumental.

Aunque con posterioridad se han discutido algunos aspectos importantes de los datos obtenidos

por Miller, especialmente la posibilidad de que el uso del *curare* afectase al propio control homeostático, no cabe duda que estos estudios con animales abrieron una perspectiva nueva y prometedora sobre las condiciones límite del aprendizaje visceral. Además, estos trabajos de aprendizaje animal contribuyeron a estimular a los diversos investigadores que a partir de los años 60 empezaron a estudiar esta misma cuestión con personas y cabe citar como principales pioneros en la investigación del aprendizaje de respuestas orgánicas en humanos a Kimmel, Shapiro, Schwartz y Hefferline.

A partir de todos estos trabajos de investigación básica, tanto en animales como en humanos, se llegó a desarrollar la técnica denominada *biofeedback* (ver, por ejemplo, el libro de Carrolles y Godoy -1987-). Esta técnica consiste en registrar electrónicamente el funcionamiento de un parámetro orgánico de un individuo, por ejemplo su frecuencia cardíaca, y mediante un panel de luces, un dial o diferentes sonidos, informar al propio sujeto de los pequeños cambios que se producen en su funcionamiento orgánico, con ello y con las instrucciones adecuadas las personas pueden aprender a controlar en un alto grado una muy amplia variedad de respuestas orgánicas.

Con la investigación sobre aprendizaje visceral y el desarrollo del *biofeedback*, la Psicología Básica ha realizado una importante contribución al campo de la salud en dos vías: Por un lado, el *biofeedback* es una técnica conductual terapéutica que puede ser útil para controlar una gran cantidad de alteraciones fisiológicas sin necesidad de recurrir a fármacos; por ejemplo: hipertensión, migrañas, cefaleas, trastornos musculares y muchas otras. Por otro lado, tenemos un modelo para poder comprender que algunas enfermedades pueden ser producto de un aprendizaje visceral inadecuado, con lo que se proporciona una base sólida y científica a la hipótesis de la contribución psicológica al proceso de enfermar.

### Aprendizaje y hábitos saludables

Volvamos a los factores de riesgo para las enfermedades. El hecho de que prácticamente todos ellos, a excepción de la predisposición genética, sean conductas o puedan depender directamente de conductas del individuo nos deben llevar a reflexionar acerca del por qué las conductas de riesgo —como el fumar o tomar demasiados alimentos grasos— están tan extendidas cuando, en realidad, son muy nocivas para la salud y por otro lado, por qué las conductas saludables —el ejercicio físico,

la precaución ante los contagios o la prudencia en la conducción, por ejemplo— siendo tan beneficiosas, no están más extendidas entre la población.

Bajo el prisma del análisis experimental de la conducta (Ver Bayés, 1991a) se ha podido constatar que las conductas de riesgo, para la persona que las practica, son seguidas de forma prácticamente universal e inmediata por sensaciones placenteras —a veces de gran intensidad— y de corta duración y, a largo plazo, y de forma sólo probable, por las consecuencias nocivas que produciría el desarrollo de una enfermedad. Por otro lado, las conductas saludables son generalmente seguidas de la privación de sensaciones agradables o, directamente, de sensaciones desagradables y, a muy largo plazo, producen una disminución del riesgo de padecer las consecuencias nocivas de una enfermedad.

Planteada así la cuestión, la tendencia general será la de elegir las conductas de riesgo antes que las saludables: puesto que, primero, las recompensas inmediatas motivan mucho más que las recompensas lejanas en el tiempo aunque sean mucho mayores y, segundo, la recompensas seguras motivan más que las que son sólo probables aunque sean mayores. Naturalmente, esta tendencia general puede ser contrarrestada por otros aprendizajes, fundamentalmente aprender a posponer las gratificaciones o aprender a anticipar las consecuencias beneficiosas.

La Psicología Básica ha prestado mucha atención a estos temas relacionados con el aprendizaje y la motivación y ha acumulado, hasta el momento, una apreciable cantidad de conocimientos. Una cosa que está clara es que la simple información no es suficiente, saber que una conducta tiene unas consecuencias nocivas para la salud es un requisito necesario, pero no un factor suficiente para mejorar las conductas saludables. Sabemos cómo la experiencia propia y vicaria determina la motivación y la probabilidad de realizar una conducta u otra. También sabemos, cada vez con más precisión, como las creencias, las atribuciones y las actitudes se combinan con la experiencia para determinar la conducta. Sin embargo, existen, aún, muchos interrogantes y virulentas polémicas, de manera que en muchas de estas cuestiones todavía no se ha dicho la última palabra.

Para hacerse una idea de las posibilidades de la Psicología Básica, de lo que ya sabemos y de los interrogantes a los que se deberán responder en los próximos años el lector puede, por ejemplo, acudir a las obras de Bandura (1987) y de Rachlin (1989).

## Emociones

Otro campo importante de estudio para la Psicología Básica es el de las emociones. Ya desde antiguo se ha especulado sobre la relación entre las emociones humanas y el estado de la salud, sobre todo teniendo presente que las emociones y los sentimientos tienen un claro componente orgánico; sin embargo, muchas veces estos planteamientos han adolecido de una exposición ambigua y de una base poco científica. Las emociones tienen un claro impacto en la salud y no a través de un único mecanismo, sino que pueden ejercer su influencia de varias maneras distintas que, además, inciden en diferentes momentos del proceso de enfermar. Vamos a exponer, ahora, algunas de estas vías de influencia que ya han pasado de ser meras suposiciones a hechos comprobados.

### **Las emociones negativas constituyen un riesgo para la salud**

Posiblemente, la vía de acción de las emociones sobre la salud más conocida es el Síndrome General de Adaptación, descubierto por Hans Selyé (1936, 1956). A partir de los trabajos pioneros de Selyé, se han ido descubriendo los mecanismos neuroendocrinos que se ponen en funcionamiento ante diversos tipos de agresiones y amenazas para el individuo, tanto físicas como psicológicas. El desarrollo de este Síndrome, cuando se convierte en crónico, representa un aumento de la vulnerabilidad, entendida de una manera inespecífica, ante las enfermedades.

El estrés debido a hechos vitales como la muerte del cónyuge, quedarse sin trabajo o tener que cambiar de lugar de residencia (González de Rivera y Morera, 1983) o las pequeñas dificultades cotidianas acumuladas (Raich, Fernández Castro, Colmenero y Crespo, 1990) pueden llegar, pues, a representar un factor a tener en cuenta para prevenir la aparición de diversas enfermedades.

La aparición, a principios de la pasada década, de la Psiconeuroinmunología ha aportado nuevos datos que confirman que las situaciones ambientales y sociales capaces de inducir estrés tienen un impacto apreciable en la competencia del sistema inmune de las personas que experimenten estados emocionales crónicos de carácter negativo (Bayés, 1991b; Borrás, Casas, Roldán, Bayés y Cuchillo, 1988).

Los efectos neuroendocrinos e inmunitarios del estrés no constituyen un agente patógeno con-

creto, sino que representan un riesgo inespecífico que hacen a las personas más vulnerables ante las enfermedades en general. Por el contrario, algunas tendencias emocionales permanentes pueden llegar a ser factores específicos de riesgo para enfermedades concretas. La hipótesis de una relación específica entre un tipo de emoción y un tipo de enfermedad halló su primera comprobación empírica con el trabajo de Rosenman y sus colaboradores acerca del denominado patrón A de conducta y el riesgo de enfermedades cardiovasculares (Rosenman, Brand, Scholtz y Friedman, 1976; Pérez y Martínez, 1984; Valdés y de Flores, 1985). El patrón de comportamiento tipo A consiste en una tendencia a actuar caracterizada por la impaciencia, la actividad intensa, la ambición, la hostilidad y la competitividad. Las personas que muestran este tipo de conducta tienen el doble de posibilidades de padecer una enfermedad coronaria que el resto de personas.

### **Los estados emocionales crónicos afectan a los hábitos de salud**

Los efectos orgánicos de las emociones no agotan las vías por las que pueden afectar la salud. Por ejemplo, se ha demostrado que parte de los efectos negativos que tiene el estrés sobre la salud provienen del hecho que las personas sometidas a estrés y a estados emocionales negativos crónicos, tienen unos hábitos de salud peores que las personas que no sufren estrés y tienen un estado de ánimo normal o positivo (Wiebe y McCallum, 1986; Fernández Castro, Doval, Edo y Santiago, en prensa).

### **Los episodios emocionales agudos pueden agravar ciertas enfermedades**

Aparte del riesgo en la aparición de enfermedades, las emociones también inciden en su curso, tal y como se ha podido observar en, por ejemplo, las cefaleas (Planes, 1992; Kohler y Haimerl, 1990), el asma (De Pablo, Picado, Martín y Subirá, 1988) o la diabetes (Lázaro, De Pablo, Goday, Raimon y Pujolar, 1991), entre otras. Las convulsiones emocionales, en estos casos, pueden precipitar el inicio de una crisis o el agravamiento de la condición patológica. En este caso las emociones afectan al desarrollo de la enfermedad, y no a su inicio, pero de una manera que puede llegar a ser decisiva, bien para determinar el grado de incapacitación y deterioro de la calidad de vida producida por este tipo de enfermedades, bien para pro-

ducir que algunas crisis esporádicas o ciertas alteraciones temporales se conviertan en verdaderas enfermedades crónicas (Penzo, 1990).

### **Las emociones pueden distorsionar la conducta de los enfermos.**

A lo largo de este artículo hemos insistido en que la conducta del enfermo es una parte integrante de la propia enfermedad; ya que el grado de información acerca de la salud, el apoyo y protección familiar, la relación con el médico y el personal sanitario, y el cumplimiento de las prescripciones configuran unas pautas de actuación determinantes en el curso de la enfermedad. En este caso las emociones pueden distorsionar la conducta del paciente y hacerle adoptar decisiones o hacer cosas que dificulten el proceso de curación.

Un caso paradigmático, que puede servir de ejemplo de muchos otros, es el caso de los enfermos oncológicos sometidos a quimioterapia (Blasco, en prensa; Font, 1990). La aversión y la angustia producidas por los efectos secundarios de este tipo de terapia pueden llegar a hacer que los pacientes la abandonen, con lo que se evita un daño inmediato —por ejemplo, las náuseas y la angustia producidas por la propia terapia—, para exponerse a un daño seguro pero menos perceptible y más lejano en el tiempo —el progreso de la enfermedad.

### **¿Las emociones positivas pueden llegar a tener efectos curativos?**

Hemos visto cómo las emociones desagradables influyen negativamente en la salud, que no son exclusivamente consecuencias inevitables de la enfermedad sino también factores que contribuyen activamente, junto a otros muchos, a su inicio y desarrollo. Ahora es el momento de preguntarse hasta qué punto podría ser cierta la inversa, es decir, que las emociones positivas puedan curar. Norman Cousins (1979) ha defendido esta idea, sus pruebas no son ciertamente datos contrastados, pero contienen una gran fuerza: es su propia experiencia como enfermo. Aquejado de una grave y rara enfermedad y con pocas posibilidades de curación, la superó siendo optimista, estando contento, procurándose un entorno confortable y acogedor y creyendo tozudamente en su curación.

Ciertamente, existen datos procedentes de la investigación experimental que hacen plausible y verosímil esta posibilidad: muchas funciones biológicas pueden ser reguladas psicológicamente y se puede aprender a controlarlas (ver, por ejemplo,

Cousins, 1991). Pero todo ello no hace más que posible este hecho; para pasar de la posibilidad a la realidad, hace falta demostrar que el apoyo emocional tiene un efecto propio y específico que se añade al efecto curativo de los procedimientos farmacológicos y quirúrgicos. ¿Esto es así? Contestar afirmativamente a esta pregunta sería hacer un flaco favor a nuestra tesis, puesto que aún no se han recogido suficientes datos para llegar a una conclusión clara. De hecho esta posibilidad apenas se ha investigado, en comparación con los ingentes esfuerzos y medios dedicados a la investigación farmacológica.

¿Cuál es la razón del poco esfuerzo empleado en investigar esta cuestión?. Es difícil de precisar una única razón pero a muchos especialistas en salud les puede parecer que pensar que inducir optimismo y felicidad a los enfermos más allá que reconfortarles, que no es poco, puede tener llegar a tener incluso efectos curativos, es una idea disparatada. Pero, ¿qué riesgo se corre probándolo?

### **Las emociones pueden ser estudiadas de forma sistemática**

Nuestra opinión es que se necesita saber más acerca de los orígenes y naturaleza de las emociones humanas y, sobre todo, de cómo las personas manejan sus propios afectos. Hace ya diez años Kasl (1983) afirmó que sabemos que las emociones afectan a la salud pero que cualquier intento de precisar la manera en que se produce esta relación lleva a controversias entre los propios expertos. Desde esta opinión pesimista de Kasl hasta la actualidad, ha habido ciertas aportaciones teóricas y experimentales, que han tenido repercusiones prácticas importantes; por ejemplo, se ha pasado de considerar a las emociones como reacciones puntuales a hechos amenazantes o como rasgos de la personalidad a verlas bajo el prisma del producto de la continua interacción de las personas con un entorno siempre cambiante (Lazarus y Folkman, 1986; Fernández Castro, 1986), y dependiendo tanto o más de los recursos de las personas ante las amenazas o retos que de la propia situación amenazante (Fernández Castro, Torrubia, Tobeña y Carasa; 1988). La Psicología básica de las emociones representa un campo pujante y en expansión, con unos métodos de estudio cada vez más precisos, fiables y válidos (ver, por ejemplo, Palafox y Vila -1990-).

Personalmente, enfoco esta cuestión suponiendo que las personas están en interacción con-



tinua con su entorno, y que el origen de las emociones se puede encontrar en la interrupción de este flujo continuo de actividad. Para entender el efecto de ciertos estados emocionales, y en concreto los relacionados con el estrés, creo que es imprescindible analizar los criterios personales de ajuste de cada individuo, que serían, ni más ni menos, que los criterios que cada persona usa para enjuiciar y valorar de manera implícita y no necesariamente consciente cualquier conducta que realice y que definen, de forma particular para cada individuo, las características que ha de reunir el entorno para ser satisfactorio y reforzador (Fernández Castro, 1988, 1990). Con esta idea hemos desarrollado un modelo de laboratorio que permite estudiar las emociones y el estrés que puede ser especialmente interesante para analizar su impacto sobre la salud (Fernández Castro, Doval y Edo, 1991; Edo, 1991; en prensa).

## Conclusiones

He expuesto, hasta este punto, los hechos en los que me baso para creer que existe una relación íntima entre Psicología Básica y la salud. Creo que esta relación está suficientemente demostrada, pero que, también, tiene aún que superar algunos escollos importantes antes de dar todos los frutos prácticos que entraña.

Muy posiblemente, la principal dificultad reside en el gran contraste existente entre lo tangible y concreto de un diagnóstico médico y lo subjetivo, cambiante e inaprensible con que aparecen los factores psicológicos para las personas no familiarizadas con las técnicas psicológicas. De esta manera, la relación entre factores psicológicos y salud aflora en forma de observaciones casuales y anecdóticas, pero de las que es muy difícil extraer conclusiones claras para poder intervenir de manera sistemática en la conducta humana con el fin de conseguir mejoras sustanciales en la salud.

Otra dificultad para el progreso del estudio del impacto de los factores psicológicos en la salud es la **frivolización de la Psicología**. Demasiado a menudo, se supone que la aflicción y la tristeza que producen los avatares graves de la vida, especialmente las enfermedades, son un producto de un fallo personal, de una falta de entereza ante las dificultades o sencillamente de debilidad de carácter. La consecuencia de este punto de vista es que

se coloca a los afligidos la etiqueta de débiles o, como máximo, dignos de compasión, y se desdeña la posibilidad de tratar la aflicción y la angustia como objetivo prioritario dentro de un tratamiento integral del enfermo. Por otra parte, la falta de hábitos saludables, la persistencia de hábitos tóxicos, como el tabaquismo, o la inconsistencia en el seguimiento de las prescripciones se achacan a la falta de voluntad de las personas o, sencillamente, al hecho de ser caprichosas o estúpidas. Estos prejuicios obligan a los psicólogos a luchar contra corriente explicando que las personas no se comportan de una forma determinada por que sean débiles, estúpidas o caprichosas sino que existen explicaciones más convincentes del origen de su conducta basadas en sus experiencias pasadas, sus conocimientos, sus sentimientos y también en la conducta de las personas que les rodean.

Finalmente, hay una tercera dificultad que proviene de la propia práctica médica que asume, no sin razón, que hay que actuar buscando el beneficio mayor para el enfermo, el cual no sería otro que curar y, en último término, salvar la vida, aunque para ello fuera necesario infligir, como mal menor, dolor, sufrimiento y zozobra en los enfermos.

Respecto a esta tercera dificultad, habría que puntualizar que también es cierto que, a igualdad de expectativas de curación desde un punto de vista biomédico, sería preferible aquella actuación que inflija menos sufrimiento y quebranto de la calidad de vida. Pero lo que nos interesa realmente es hacernos la siguiente pregunta: *¿Hasta qué punto ocuparse de la conducta lo que hacen, piensan y sienten de los enfermos incrementa, además, sus perspectivas de curación?*

En conclusión, con este trabajo he perseguido dos objetivos. El primero ha sido demostrar que la salud y la enfermedad, además de ser hechos biológicos también son hechos psicológicos. Y el segundo, que la investigación psicológica básica ha desarrollado las bases, quizás reducidas pero indiscutiblemente sólidas, para poder comprender científicamente la relación entre Psicología y Salud y, por lo tanto, desarrollar intervenciones psicológicas que, a través de cambios en la conducta y en las cogniciones, contribuyan significativamente tanto a prevenir y a curar las enfermedades como a mejorar la salud. Si he conseguido cubrir estos objetivos es una pregunta que debe contestar el lector.

## Referencias bibliográficas

- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Martínez Roca. (Original: 1986).
- Bayés, R. (1991a). Análisis conductual de los problemas de prevención en los casos de cáncer, S.I.D.A. y contaminación radioactiva. En J. Gil Roales Nieto y T. Ayllón (Eds.), *Medicina Conductual* (pp. 435-460). Granada: Publicaciones de la Universidad de Granada.
- Bayés, R. (1991b) Psiconeuroinmunología. En J.L. González de Rivera (Ed.), *Medicina Psicosomática* (pp. 41-46) *Monografías de Psiquiatría*, 3 (3). Madrid: JARPYO.
- Borrás, F.X., Casas, J.M., Roldán, R.M., Bayés, R. y Cuchillo, C.M. (1988). Estrés y estimulabilidad linfocitaria. *Psiquis*, 10, 360-365.
- Blasco, T. (En prensa). Tratamientos psicológicos de la náusea y el vómito inducidos por la QT en pacientes de cáncer. *Revista de Psicología de la Salud*.
- Carrobbles, J.A. y Godoy, J. (1987). *Biofeedback. Principios y aplicaciones*. Barcelona: Martínez Roca.
- Coussins, N. (1979). *Anatomía de una enfermedad*. Barcelona: Kairós.
- Cousins, N. (1991). *Principios de Autocuración*. Barcelona: Urano.
- De Pablo, J., Picado, C., Martín, M.J. y Subirá, S. (1988). Asma bronquial y medicina conductual. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología*, 8, 35-39.
- DiCara, L.V. y Miller, N.E. (1968). Changes in heart rate instrumentally learned by curarized rats as avoidance responses. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 65, 8-12.
- Edo, S. (1991). *Efectos de una situación de interrupción sobre las respuestas biológicas y psicológicas: Un modelo experimental del estrés humano*. Universidad Autónoma de Barcelona. Tesis doctoral (no publicada).
- Edo, S. (en prensa). El estrés humano desde un punto de vista relacional: Un modelo de laboratorio. *Revista Latinoamericana de Psicología*.
- Fernández Castro, J. (1986). Modelos de condicionamiento en la ansiedad. En A. Tobeña (Ed.), *Trastornos de Ansiedad. Orígenes y Tratamiento* (pp. 41-56). Barcelona: Alamex.
- Fernández Castro, J. (1988). Afrontamiento del estrés y Salud: Una aportación para establecer definiciones, criterios de medida y estrategias de investigación. En J. Santacreu (Ed.), *Modificación de Conducta y Psicología de la Salud* (pp. 241-247). Valencia: Promolibro.
- Fernández Castro, J. (1990). Un análisis del afrontamiento al estrés. En H. Carpintero y M. Carretero (Eds.), *II Congreso del COP. Área 6: Psicología Teórica* (pp. 243-246). Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Fernández Castro, J., Doval, E. y Edo, S. (1991). Emociones y estrés. Comunicación presentada al *II Congreso Internacional "Latini Dies"*. Sitges (Barcelona), 2-4 de mayo.
- Fernández Castro, J., Doval, Edo, S. y Santiago, M. (En prensa). *L'estrés docent dels mestres de Catalunya*. Departament d'Ensenyament de la Generalitat. Barcelona.
- Fernández Castro, J., Torrubia, R., Carasa, P. y Tobeña, A. (1988). Comparison of Two Flooding Procedures in Reducing Avoidance and Skin Conductance Responses in Human Volunteers. *Behavior Therapy*, 19, 55-65.
- Font, A. (1990). Náuseas anticipatorias y condicionamiento clásico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 483-490.
- González de Rivera, J.L. y Morera, A. (1983). La valoración de sucesos vitales: La adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis*, 4, 7-11.
- Instituto de Demografía (1991). *Las causas de mortalidad en España*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Kasl, S.V. (1983). Pursuing the link between stressful life experiences and disease: A time for reappraisal. En C.L. Cooper (Ed.), *Stress research. Issues for the eighties*. Chichester: Wiley.
- Kohler, Th. y Haimerl, C. (1990). Daily stress as a trigger of migraine attacks: Results of thirteen single subjects studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 870-872.
- Lázaro, L., De Pablo, J., Goday, A., Raimon, J.L. y Pujolar D. (1991). Diabetes y parámetros psicológicos. Comunicación presentada al *II Congreso Internacional "Latini Dies"*. Sitges (Barcelona), 2-4 de mayo.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. (Original: 1984)
- McKeown, Th. (1979). *The role of medicine: dream, mirage or nemesis*. Oxford: Basil Blackwell.
- McKeown, Th. (1990). *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Madrid: Crítica. (Original: 1988)
- Ministerio de Sanidad (1993). *Evolución de la mortalidad en España entre 1975 y 1982*. Madrid: Subdirección General de Epidemiología.
- Palafox, S. y Vila, J. (1990). *Motivación y Emoción*. Madrid: Alhambra.
- Penzo, W. (1990). *Psicología Médica*. Barcelona: Salvat.
- Pérez, M. y Martínez, J.R. (1984). El tipo A de personalidad: un factor de riesgo en la enfermedad coronaria. *Medicina Clínica*, 82 (17), 759-763.
- Planes, M. (1992). Influencia del estrés en el padecimiento de la migraña. *Anuario de Psicología*, 54 (3), 97-108.
- Rachlin, H. (1989). *Judgement, Decision, and Choice. Cognitive/Behavioral synthesis*. New York: Freeman.

- Raich, R.M., Fernández Castro, J., Crespo, P. y Colmenero, J. (1990). Estrés cotidiano: evaluación e impacto en la salud. En J. Rodríguez Marín (Ed.), *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Comunicaciones. Área 5: Psicología y Salud* (pp. 76-78). Madrid: C.O.P.
- Rosenman, R.H., Brand, R.J., Sholtz, R.I. y 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, 903-910.
- Selyé, H. (1936). A Syndrome Produced by Diverse Noxious Agents. *Nature*, 138, 32.
- Selyé, H. (1956). *The Stress of Life*. New York: McGraw Hill.
- Valdés, M. y Flores, T. de (1985). *Psicobiología del Estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Wiebe, D.J. y McCallum, D.M. (1986). Health Practices and Hardiness as Mediators in the Stress Illness Relationship. *Health Psychology*, 5 (5), 425-438.

