

Ps

6^a
ed



Manual de
**Psicología
de la Salud**

APIR

Dirección editorial López Frutos, Alicia
Campos Pavón, Jaime
Suárez Barrientos, Aida
Tajima Pozo, Kazuhiro

**MANUAL APIR
PSICOLOGÍA DE LA SALUD
6.ª edición - Marzo 2024**

ISBN
978-84-19592-08-8

DEPÓSITO LEGAL
M-41205-2016

ACADEMIA DE PREPARACIÓN PIR, S.L.
www.academiapir.com
admin@academiapir.com

APIR es una marca registrada de la **Academia de Preparación PIR S.L.**

MAQUETACIÓN
Equipo de Diseño y Maquetación AMIR

DISEÑO E ILUSTRACIONES
Equipo de Diseño y Maquetación AMIR

La protección de los derechos de autor se extiende tanto al contenido redaccional de la publicación como al diseño, ilustraciones y fotografías de la misma, por lo que queda prohibida su reproducción total o parcial sin el permiso del propietario de los derechos de autor.



Este manual ha sido impreso con papel ecológico, sostenible y libre de cloro, y ha sido certificado según los estándares del FSC (*Forest Stewardship Council*) y del PEFC (*Programme for the Endorsement of Forest Certification*).



Tema 1

Introducción a la psicósomática

Autores: María Aparicio Ruiz, Beatriz Torres Pardo, José David Camacho Pérez, Amelia Villena Jimena, Kazuhiro Tajima Pozo.

1.1. Teorías psicósomáticas clásicas

En el estudio de esta disciplina, podemos destacar varios antecedentes históricos:

- 1918:
El psiquiatra Heinroth empleó el término "psicósomático" por primera vez.
- 1922:
Deutsch introdujo el término "medicina psicósomática".
- 1935:
Dunbar publicó el libro "Emotions and body changes".
- 1939:
La American Psychosomatic Society fue fundada y se publicó el primer número de la revista "Psychosomatic Medicine".

Tradicionalmente se han denominado **trastornos psicósomáticos** a las alteraciones corporales de origen emocional.

En los primeros momentos del desarrollo de estas teorías, predominaba la orientación psicodinámica (PIR 18, 96; PIR 14, 218). Su máximo representante fue **Alexander (PIR)**, quien desarrolló una teoría psicósomática basada en la existencia de conflictos específicos inconscientes.

La medicina psicósomática es la primera disciplina que se ocupó de analizar las relaciones entre las alteraciones físicas y los estados psíquicos. Fue un enfoque que se opuso a la pers-

pectiva dualista previa, proponiendo la inseparabilidad de lo psíquico y lo somático.

Lo "psicósomático" se ha entendido bajo dos concepciones:

- **Holista:**
Fue elaborada por Meyer. Propone que lo psíquico y lo físico es inseparable.
- **Psicógena:**
Entiende que los factores psicológicos son fundamentales en la causa de la enfermedad. Algunos autores de esta concepción: Freud, Alexander, Cannon, Selye...

(Ver tabla 1)

Teorías de la especificidad Estímulo-Respuesta (E-R)

Proponen que es un determinado estímulo (p. ej., un estímulo inductor de ira) el que provoca una determinada respuesta fisiológica (p. ej., aumento del flujo de jugos gástricos), generando así una misma enfermedad en diferentes personas. Es la especificidad del estímulo lo que diferencia la reacción fisiológica.

Ax y cols. probaron que los tipos de respuesta fisiológicas del estrés se asociaban a características de la propia situación. Estímulos concretos producen reacciones específicas en el organismo ("Hipótesis de las reacciones específicas").

Aunque no se han elaborado teorías psicológicamente consistentes basadas en la especificidad E-R, sí existe evidencia expe-

TEORÍAS CLÁSICAS	TEORÍA DE LA ESPECIFICIDAD ESTÍMULO-RESPUESTA	<ul style="list-style-type: none">• Hipótesis de Reacciones Específicas (Ax y cols.)
	TEORÍAS DE LA ESPECIFICIDAD INDIVIDUO-RESPUESTA	<ul style="list-style-type: none">• Teoría de la debilidad del órgano (Maher)• Teoría del balance autónomo (Wenger)• Teoría de los tipos específicos de la personalidad (Dunbar)• Hipótesis de la especificidad del síntoma (Malmo y Shagass)• Organismo humano como sistema que se autorregula mediante feedback
	TEORÍAS DE LA ESPECIFICIDAD PSICOLÓGICA-FÍSICA	<ul style="list-style-type: none">• Teoría del conflicto o teoría de la emoción específica (Alexander)• Teoría de las actitudes específicas (Grace y Graham)

Tabla 1. Resumen de las teorías psicósomáticas clásicas.

Trastorno psicopatológico

TEORÍAS PSICOSOMÁTICAS					
TEORÍAS CLÁSICAS			PERSPECTIVAS ACTUALES		
ESPECIFICIDAD ESTÍMULO-RESPUESTA (E-R)	ESPECIFICIDAD INDIVIDUO-RESPUESTA (I-R)	ESPECIFICIDAD PSICOLÓGICA-FÍSICA	FENÓMENO MULTIFACTORIAL	MED. PSICO-SOMÁTICA, MED. CONDUCTUAL Y PS DE LA SALUD	SALUD Y ENFERMEDAD
Un E. específico → una R. específica.	Diferentes Es. → Rs similares en el mismo individuo.	Asocian emociones a enfermedades específicas (p. ej., ira-HTA).	Hipótesis: más predisposición a la enfermedad en personas con tendencia a E. emocional negativo. Watson y Pennebaker hablan de predisposición al estrés.	Modelo Biopsicosocial (Engel): se abandona el modelo biomédico (reduccionista). La salud es complementaria a la enfermedad.	Divergencia entre autores que ven un continuo entre salud y enfermedad y otros que defienden la existencia de diferencias cualitativas. Existe evidencia que indica la no covariación entre forma física e indicadores de salud psíquica.
H. de las Reacciones Específicas (Ax y cols).	Tª de la Debilidad del Órgano (Maher).	Tª conflicto/emoción específica (Alexander): Psicósomáticos (SNA) vs. Somatoformes (SNC).	Tª Disregulación (Schwartz) 4 fases: 1. Etapa de las demandas ambientales. 2. Etapa del procesamiento de la info. del SNC. 3. Etapa del órgano periférico. 4. Etapa del FB negativo.	Medicina Psicosomática es semejante al de Medicina Conductual. Multidisciplinares.	OMS: Salud (biopsicosocial) (Zikmund la critica por subjetiva y finalista). Definiciones desde esta perspectiva: Conducta de Salud. Conducta protectora de Salud (Harris y Guten). Enfermedad. Conducta de enfermedad.
	Tª Balance Autónomo (Wenger).			Psicología de la Salud (1982). Visión unidisciplinar (poco realista).	
	Teoría de los Tipos específicos de Personalidad (Dunbar): 8 personalidades → 8 enfermedades.	Tª Actitudes Específicas (Grace y Graham).			
	H. de la Especificidad del Síntoma (Malmo y Shagass). Sistema de respuesta idiosincrásico.				
	H. del Organismo Autorregulado por Feedback (Sternbach).				

Tema 2

Prevención y conductas de salud

Autores: María Aparicio Ruiz, Beatriz Torres Pardo, José David Camacho Pérez, Amelia Villena Jimena, Kazuhiro Tajima Pozo.

2.1. Prevención de la salud

Existen distintos niveles de prevención de la salud:

Prevenir la aparición de la enfermedad en pacientes sanos. Reducir el riesgo de nuevos casos interviniendo sobre factores de riesgo y protección. Hay dos estrategias principalmente, una pone el foco en el cambio de hábitos insanos (p. ej., programa para dejar de fumar) y la otra pone el foco en la prevención de hábitos insanos (p. ej., campaña de prevención de inicio de tabaquismo).	PREVENCIÓN PRIMARIA (PIR 18, 226; PIR 16, 91; PIR)
Detección temprana de los problemas de salud y facilitación de cambios de conducta que permitan detener el progreso de la enfermedad. Un ejemplo son las pruebas de screening.	PREVENCIÓN SECUNDARIA (PIR 19, 54; PIR 17, 30)
Tratamiento y rehabilitación para la recuperación de la salud cuando la enfermedad ya muestra sintomatología clínica. Y la prevención de recaídas.	PREVENCIÓN TERCIARIA (PIR)
Acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo de sobretatamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables.	PREVENCIÓN CUATERNARIA

Tabla 1. Objetivos de los tipos de prevención.

Mrazek y Haggerty (1994) establecen tres tipos de prevención basadas en el alcance de las medidas (PIR 23, 110):

- Universal:** se dirige a toda una población, que no se ha seleccionado basándose en el riesgo (p. ej., un programa para prevenir el bullying en centros escolares).
- Selectiva:** se dirige a individuos que presentan un riesgo moderadamente elevado de desarrollar un trastorno a corto plazo o a lo largo de la vida y se evidencia por factores de riesgo biopsicosociales (p. ej., un programa para niños con padres con alcoholismo).
- Indicada:** se dirige a personas con alto riesgo que presentan ya síntomas leves pero detectables o predisposición biológica a tener una enfermedad, pero que aún no cumplen los criterios de diagnóstico (p. ej., detección e intervención temprana ante los primeros síntomas de una enfermedad).

Existe un fuerte solapamiento entre prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (las medidas que promueven la

una, suelen favorecer también la otra y viceversa). Sin embargo, se suele aceptar que la **promoción de la salud** se dirige a la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables, es decir, a promover lo que Matarazzo (1984) ha denominado **inmuno-génicos conductuales**, que son todos aquellos comportamientos que reducen el riesgo de enfermar (p. ej., promoción del ejercicio físico) (PIR 22, 96); mientras que la **prevención de la enfermedad** busca la reducción o eliminación de comportamientos de riesgo para enfermar, es decir, reducir lo que Matarazzo (1984) ha denominado **patógenos conductuales** (p. ej., prevención del hábito tabáquico).

También hay que conocer la diferencia entre factores de riesgo y marcadores de riesgo. Los factores de riesgo son aquellas variables que se pueden modificar y que serían el objetivo de la prevención y la promoción de la salud (p. ej., un estilo de vida sedentario). En contraposición, los marcadores de riesgo son inmodificables (p. ej., un gen que genere predisposición al cáncer).

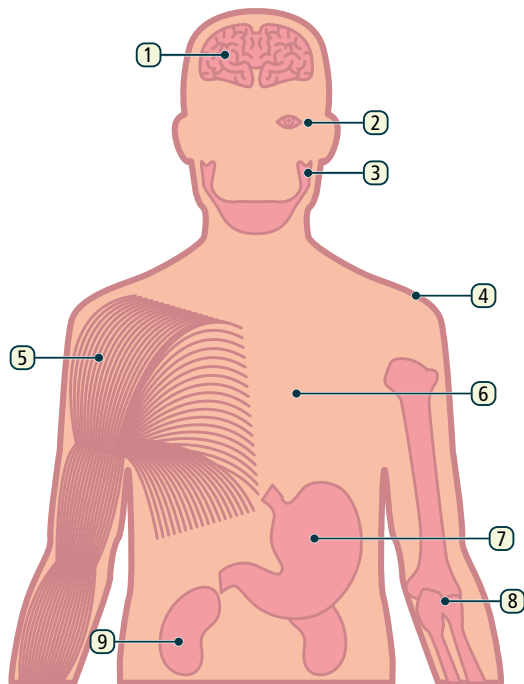
Dentro del marco de la psicología comunitaria, se desarrolla el **Modelo de Competencia de Albee**, que, de acuerdo con Costa y López, pretende capacitar a una persona, grupo o población para el control y mejora de su salud (acrecentar su potencial de salud). Para ello, se trabaja desde programas de promoción de la salud que tienen en cuenta determinantes personales y ambientales. Estos programas deben atender a los siguientes componentes:

- Variables generadoras del problema y su evolución: Averiguar las necesidades, los marcadores y factores de riesgo, y los factores contribuyentes (predisponentes, facilitadores y reforzadores).
- Nuevas conductas de salud a desarrollar.
- Procedimientos de cambio:
 - Técnicas de modificación de conducta dirigidas a:
 - Promocionar una información veraz, concreta y comprensible.
 - Modificar las actitudes, creencias y valores relacionados con la salud y, específicamente, la percepción de riesgo.
 - Mejorar la accesibilidad de los medios necesarios para la promoción de salud.
 - Provocar el cambio comportamental y llegar a la implantación de hábitos saludables.
 - Fomentar el aprovechamiento de los propios recursos comunitarios.
 - Facilitar el apoyo social a las nuevas conductas con el fin de aumentar la probabilidad de que éstas se mantengan en el tiempo.
- Procedimientos metodológicos que hagan posible valorar los efectos de nuestra intervención.

La eficacia de los programas de prevención del uso de sustancias

Evolución de los programas desarrollados:

1. Al principio, se centraban en los sujetos y pretendían enseñar los niños y adolescentes los efectos perjudiciales

**1. Central**

- Cefaleas crónicas
- Trastornos del sueño
- Mareos
- Trastornos cognitivos
- Trastornos de memoria
- Ansiedad
- Depresión

2. Ojos

- Problemas de visión

3. Mandíbula

- Disfunción

4. Piel

- Quejas varias

5. Muscular

- Dolor
- Fatiga
- Fasciculación

6. Pecho

- Dolor

7. Estómago

- Náuseas

8. Articulaciones

- Rigidez matutina

9. Urinarios

- Trastornos de micción

Sistémicos

- Dolor
- Aumento de peso
- Síntomas de catarro
- Sensibilidad química variada

Sistema reproductor femenino

- Dismenorrea

Figura 7. Síntomas de la fibromialgia.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL SFC (SANDÍN, 1999)

- Fatiga crónica evaluada clínicamente e inexplicada médicamente (se dan los 5):
 1. Fatiga crónica persistente o que reaparece (≥ 6 meses de duración).
 2. De comienzo nuevo (no habitual).
 3. No debida al ejercicio.
 4. No se alivia o desaparece con descanso.
 5. Produce deterioro de las actividades personales, sociales, educativas o laborales.
- Al menos se dan 4 de los siguientes síntomas (≥ 6 meses de duración):
 1. Pérdida grave de memoria o capacidad de concentración.
 2. Dolor de garganta.
 3. Nódulos linfáticos sensibles (cervicales o axilas).
 4. Dolor muscular.
 5. Dolor en articulaciones (sin hinchazón o enrojecimiento).
 6. Dolor de cabeza nuevo.
 7. Sueño no reparador.
 8. Malestar tras el ejercicio (durante más de 24 horas).
- No puede diagnosticarse SFC si se da una de las siguientes condiciones:
 1. Cualquier enfermedad médica activa que pueda explicar la fatiga crónica (p. ej., hipotiroidismo no tratado).
 2. Cualquier enfermedad médica diagnosticada previamente, cuya curación aún no ha sido suficientemente resuelta, y cuya actividad puede explicar la fatiga crónica (p. ej., casos de hepatitis B o C).
 3. Cualquiera de los siguientes trastornos mentales: depresión mayor psicótica, trastorno del estado de ánimo bipolar, esquizofrenia, trastornos delirantes, demencia, anorexia nerviosa o bulimia nerviosa.
 4. Abuso de alcohol u otras sustancias durante los dos años anteriores al comienzo de la fatiga crónica y en cualquier tiempo posterior.
 5. Obesidad grave, definida por un IMC ≥ 45 .

Tabla 4. Criterios diagnósticos para el SFC de SANDÍN (1999).

Nota: El abordaje de los trastornos de salud presentados en este capítulo puede consultarse en el Manual APIR de Tratamientos Psicológicos.

TEMA 2

Prevención y conductas de salud

Modelos teóricos sobre la conducta saludable

MODELOS CONDUCTUALES

COCO

COGNITIVOS

OPERANTES

COMUNICACIÓN



TEMA 7

Psicología en trastornos de salud

El afrontamiento de la muerte

Teoría de la cinco etapas
de Kübler-Ross

el NENE DE Ana

NEGACIÓN

ENOJO/RABIA

NEGOCIACIÓN

DEPRESIÓN

ACEPTACIÓN



TEMA 8

Psicología de la
salud infantojuvenil

Estrategias para la mejora de la adherencia

Métodos para mejorar la
comunicación

SECA

SIMPLIFICACIÓN

EFECTO DE PRIMACÍA

CATEGORIZACIÓN EXPLÍCITA



PSICOLOGÍA DE LA SALUD INFANTO-JUVENIL

SÍNTOMAS DE LAS CEFALÉAS TENSIONALES

BOLT

BILATERAL

OPRESIVO

LEVE

TIRANTE

