

# Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión

## *Some psychological factors and their role on disease: a review*

*María de Lourdes Rodríguez Campuzano y Laura Frías Martínez<sup>1</sup>*

### RESUMEN

Se presenta una revisión bibliográfica relacionada con los diversos factores psicológicos que, de acuerdo a distintas aproximaciones terapéuticas, influyen en el estado de salud o enfermedad de las personas. Se revisa lo que se ha planteado con respecto al papel de los factores emocionales, la personalidad, los desórdenes afectivos, el estrés, la ansiedad, el afrontamiento, las conductas de salud y la posible influencia del género. Dichos factores se exponen de acuerdo a aproximaciones como la teoría psicoanalítica, los modelos cognoscitivos, las teorías conductuales, las de la personalidad y los modelos de estrés, fundamentalmente. A manera de conclusión, se propone integrar conceptual y metodológicamente los estudios de los diversos factores y variables con el propósito de entender de una manera integral el papel del comportamiento en la salud.

**Palabras clave:** Salud-enfermedad; Factores emocionales; Personalidad y estrés; Estrategias de afrontamiento; Género.

### ABSTRACT

*A bibliographical review about the different psychological factors that, according to some approaches, are related to biological health, is presented on this paper. The role of emotional factors, personality, affective disorders, stress, anxiety, coping, healthy behaviors, and the possible influence of gender, are presented. This exposition corresponds to distinct approaches, such as the psychoanalytic theory, cognoscitive therapeutic models, behavioral theories, personality models, and stress approach, mainly. As a conclusion, it is proposed to integrate the studies of these variables and factors, both conceptually and methodologically, in order to get a full and complete understanding of the influence of behavior on health.*

**Key words:** Health-illness; Emotional factors; Personality and stress; Coping strategies; Gender.

## INTRODUCCIÓN

En el terreno de la psicología aplicada al campo de la salud, se ha comenzado a hacer una diferencia entre *estar* y *ser enfermo*. Se consideraba tradicionalmente que un agente externo producía el estado de enfermedad, pero ahora se sabe que intervienen otros aspectos además de los puramente biológicos, e incluso se habla de que se puede “aprender” a estar enfermo. En este trabajo se revisan los diversos factores psicológicos que se han relacionado con la enfermedad física.

---

<sup>1</sup>Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Correspondencia: Dra. María de Lourdes Rodríguez Campuzano, Pekín 6, Jardines de Bellavista, 54054 Tlalnepantla, Edo. de México, México, correo electrónico: [carmayu5@yahoo.com](mailto:carmayu5@yahoo.com). Artículo recibido el 4 de mayo y aceptado el 23 de septiembre de 2005.

## FACTORES EMOCIONALES

Uno de los factores psicológicos que más se han relacionado con la enfermedad es la emoción, fenómeno que ha sido abordado desde diferentes perspectivas. A continuación se presentan las principales.

### Teorías psicoanalíticas

El psicoanálisis fue primero un “método de investigación y curación” (Freud, 1925/1981, p. 2774), fundamentado en el descubrimiento que su autor, Sigmund Freud, hizo de la *represión*; pero posterior y finalmente, se convirtió en una teoría cuyo propósito es dar cuenta de los factores dinámicos del conflicto psíquico y de la represión. Es así como el propio Freud postula que “las teorías de la resistencia y de la represión de lo inconsciente, de la significación etiológica de la vida sexual y de la importancia de los sucesos infantiles son los elementos principales del edificio teórico psicoanalítico” (Freud, 1925/1981, p. 2780).

La definición de emoción que se puede obtener a partir de los escritos de Freud contiene tres elementos: pulsión, idea y afecto, de acuerdo con los cuales: 1) una emoción es en ella misma una pulsión esencialmente inconsciente; 2) es una pulsión más una idea, es decir, es la pulsión que viene del inconsciente pero encaminada a un objeto consciente; se considera que la emoción es inconsciente cuando la idea se separa de la pulsión y la persona la experimenta sin saber cómo o por qué, y 3) es un afecto, simplemente un sentimiento; desde este punto de vista, la emoción no sería inconsciente, sino sólo sus causas (Calhoun y Solomon, 1989).

La hipótesis psicoanalítica sobre los trastornos psicósomáticos se inició con las observaciones de Freud con mujeres histéricas. Freud llegó a la conclusión de que fuerzas psíquicas inconscientes causaban auténticos síntomas físicos. Un razonamiento similar fue adoptado para explicar los síntomas psicósomáticos.

De acuerdo con Alexander y Selesnick (1970), algunos autores alemanes insistían en la importancia de los factores emocionales en los males físicos y en las enfermedades orgánicas crónicas. Entre los representantes de esta perspectiva destacan Felix Deutsch, Georg Groddeck y Karl

Fahrenkamp, entre otros, quienes coincidían en considerar que los conflictos inconscientes se expresaban como enfermedades orgánicas. Posteriormente, los estudios de Alexander (1950), realizados en el Instituto Psicoanalítico de Chicago y que retoman el interés de la escuela alemana, permitieron concluir qué tipo de emoción se vinculaba con cada trastorno. Por ejemplo, los trastornos intestinales se centran en dificultades emocionales producidas por fracasos; la artritis reumatoide es consecuencia de alteraciones en la expresión muscular de las emociones, y la hipertensión esencial surge por la inhibición de la expresión libre de la ira. Dunbar (1954) se dedicó a estudiar un gran número de pacientes con enfermedades orgánicas, lo que le permitió hallar semejanzas psicológicas en pacientes con la misma enfermedad; presentó esas similitudes como perfiles de personalidad; por ejemplo, la personalidad del ulceroso o del artrítico, entre otras. Los psicoanalistas suponen que la energía liberada por una emoción que es inconsciente no se expresa de la forma apropiada y, por lo tanto, es orientada hacia el interior del propio organismo y daña algún sustrato físico. Sea cual fuere el trastorno, el psicoanálisis se propone hacer consciente lo inconsciente para evitar que el individuo se afecte a sí mismo.

### Teorías de la sensación y fisiológica

Los estudios interesados en este campo surgieron cuando la psicología se diferenció lo bastante de la fisiología, pero algunos investigadores creyeron que era necesario un punto intermedio. Conocida como psicofisiología, surgió la rama de la psicología que estudia las relaciones existentes entre el comportamiento y el sistema nervioso, los receptores y las glándulas endocrinas, es decir, los correlatos fisiológicos de la conducta. Durante todo el siglo XIX, desde 1811 hasta 1873, se produjeron diversos descubrimientos que contribuyeron a la formación de la psicofisiología; mientras que muchos de ellos se encaminaron a demostrar que las experiencias psicológicas tienen una base fisiológica, otros se interesaron por estudiar la anatomía cerebral y su relación con el comportamiento. Con los trabajos de Wundt (cfr. Ardila, 1973), el “estudio de la conciencia” logró tener comprobaciones experimentales.

Una teoría de la emoción es la que se centra en las sensaciones que la gente experimenta; otra teoría busca identificar los diversos cambios y alteraciones fisiológicos detrás de una emoción. Los dos consideran la emoción como un sentimiento que ocurre en la persona, que dura un periodo de tiempo determinado y que puede tener una ubicación definida en el cuerpo. Algunos partidarios de estas creencias han llegado a suponer que sentir la emoción sólo es percibir los trastornos fisiológicos inherentes (Calhoun y Solomon, 1989).

Una de las aportaciones más representativas en este campo ha sido la realizada por el fisiólogo americano Walter Cannon, quien demostró que el organismo responde a las situaciones de emergencia con ciertos cambios en su fisiología total, y que los estados emocionales activan funciones fisiológicas que preparan al organismo. La ira y el miedo fueron las emociones más estudiadas por este investigador, quien encontró que ambas emociones estimulan las glándulas suprarrenales, las cuales activan el metabolismo de los carbohidratos de manera que el azúcar esté dispuesto para proporcionar energía; también se producen cambios en la presión sanguínea, y simultáneamente se inhiben las funciones de asimilación y digestión. Este punto de vista fue ampliado por Leopold Alkan, quien insistió en que las tensiones crónicas emocionales pueden dar lugar a alteraciones físicas que pueden condicionar finalmente enfermedades orgánicas crónicas (cfr. Alexander y Selesnick, 1970).

Una de las teorías más importantes dentro de este marco es la teoría de James-Lange, nombre con el que se conoce a la propuesta basada en la aportación que William James hizo en 1890 y a la posterior ampliación hecha por el psicólogo danés Carl Lange, misma que supone que los cambios fisiológicos periféricos preceden a la misma experiencia emocional, y que el patrón de cambio fisiológico periférico es diferente de una emoción a otra. Dicha teoría fue rápidamente criticada por Cannon, y posteriormente diversos autores intentaron probarla experimentalmente. A partir de los estudios de laboratorio, se obtuvo lo siguiente: 1) los cambios fisiológicos provocados por fármacos no producían emociones en la mayoría de los sujetos, y sólo un porcentaje mínimo de los participantes manifestaba sentir algo parecido a una emoción, pero no una emoción auténtica; 2) aunque se

notaron algunas diferencias en cuanto a respuesta hormonal y ritmo cardíaco, éstas no fueron suficientes para distinguir patrones fisiológicos característicos de distintas emociones. Con base en esta última observación se consideró que la mayoría de las emociones son una mezcla de distintos estados sensitivos. También se diferenció entre emociones básicas —la alegría, la ira y el miedo— y emociones resultantes al combinarse las básicas, como los celos y la culpabilidad (Bakal, 1996).

### Teorías cognoscitivas

No es el propósito definir aquí estas teorías, sino mostrar el panorama histórico en el que surgen, por lo que sólo se mencionarán las influencias más importantes, sin profundizar en ellas. Las teorías cognoscitivas provienen de las ciencias cognitivas, que hacen su aparición en el área del conocimiento entre 1955 y 1965 y que repercuten en la psicología hasta los años 1970. Diversos movimientos influyeron para que se desarrollaran los modelos cognitivos: el del procesamiento de la información hizo que en sus comienzos la psicología cognitiva se preocupara por el almacenaje, recuperación y procesamiento de la información; el movimiento conexionista, que surge gracias a la construcción de las grandes computadoras, viene a hacer más compleja la analogía mente-computadora; el constructivismo, que enfatiza la naturaleza activa de todo conocimiento, influye a los teóricos cognitivos para considerar el cerebro-mente como un sistema orgánico de actividades relacionadas unas con otras; finalmente, la hermenéutica es retomada sobre la consideración de que las interacciones están limitadas por las interpretaciones únicas y particulares de un individuo (Mahoney, 1997). Además, otros autores también incluyen la influencia de la lingüística, sobre todo el estudio de Chomsky sobre las estructuras subyacentes a la comprensión y producción del lenguaje, así como la obra de Piaget acerca del desarrollo de las estructuras y los procesos internos que subyacen a los cambios evolutivos de la conducta humana. Actualmente, con el nombre de “psicología cognitiva” se identifica al análisis de los procesos y estructuras mentales con el fin de comprender la conducta humana (Mayer, 1981).

Las terapias cognoscitivas suponen que los conocimientos o pensamientos de la persona son una de las fuentes principales de trastornos psicológicos. Dentro de este enfoque, las emociones se consideran total o parcialmente como cogniciones o como algo que depende de la lógica o causalmente de las cogniciones, esto es, de las creencias o interpretaciones que las personas hacen de una cosa o una situación. Para los seguidores de esta perspectiva no es suficiente un estado de excitación fisiológica, sino que es necesaria una conciencia e interpretación de la propia situación. Uno de los rasgos distintivos de dicha teoría es que realiza un análisis de la racionalidad de las emociones. El supuesto básico es que lo racional de una emoción está vinculado con la creencia de la que proviene. La emoción puede ser irracional para una situación particular, pero sólo lo es porque se tienen creencias erróneas o injustificadas sobre la situación (Calhoun y Solomon, 1989).

Las creencias positivas producen emociones "positivas" ya que en el otro extremo se ubican las emociones "negativas". Se dice que los efectos de las segundas son devastadores para el funcionamiento orgánico, o que la ausencia de una emoción positiva deteriora el resultado de un tratamiento médico. Las emociones positivas están asociadas con cierta inmunidad a la enfermedad física y con las recuperaciones rápidas y sin complicaciones. En el lado opuesto se halla el efecto de las emociones negativas sobre la aparición y desenlace de una enfermedad. Bajo esta perspectiva, se habla de fenómenos tales como la "muerte vudú", las "muertes por apatía" y, por supuesto, las enfermedades psicosomáticas o las muertes "inexplicables" en personas que, pese a su buena salud, parecen decidir sobre el momento de su muerte (Coleman, Butchuer y Carson, 1988).

En cuanto a su propósito, las observaciones han llevado a la impresión de que las emociones en general desorganizan e, incluso, son influencias patológicas; empero, la mayoría de las observaciones se han realizado con pacientes neuróticos y psicóticos. Tal conclusión se refiere sólo a las emociones denominadas "negativas" y cuando son de gran intensidad. Por el contrario, a las emociones placenteras se les supone importantes para la adaptación normal del individuo según la clase de respuesta conductual a que den lugar (Orme, 1971).

## Teorías conductuales

El conductismo se incluye dentro de las teorías psicológicas denominadas objetivas. El fundador de esta teoría fue John B. Watson, quien publica varios escritos en los que muestra su particular punto de vista y donde se autonombra "conductista". La importancia de los escritos de Watson radica en que en ellos explica diversos puntos: define a la psicología como una ciencia natural, establece que su objeto de estudio es la conducta humana, postula que ésta se compone de los elementos llamados respuestas, y que puede estudiarse mediante informes objetivos (Marx y Hillix, 1985).

Los teóricos conductuales señalan que la conducta observable es la base para analizar la emoción. Bajo el término "conducta emocional", se incluyen 1) las acciones físicas y verbales de tipo deliberado o voluntario, como gritar de gozo y abrazar afectuosamente a un amigo; 2) las respuestas innatas, como llorar de pesar o sobresaltarse por un sonido inesperado; 3) los pensamientos no expresados, y 4) los cambios fisiológicos obvios, como el rubor de la vergüenza. Muchos autores de este campo reconocen además que hay una disposición a exhibir la conducta emocional. De este modo, argumentan que la conducta observable no es la expresión de otro fenómeno, sino que la conducta y la disposición a comportarse de ese modo constituyen la propia emoción (Calhoun y Solomon, 1989).

## PERSONALIDAD

El concepto de "personalidad" es tan amplio que algunas teorías psicológicas son esencialmente teorías de la personalidad. Debido a ello, se presentan aquí sólo las que se han relacionado con la salud. De acuerdo con Marx y Hillix (1985), los trabajos de grandes personajes en la psicología son considerados como teorías de la personalidad; entre ellas destacan Freud y algunos de sus seguidores, Allport, Cattell, Dollard, Miller y Rogers, entre otros. Las mencionadas teorías poseen algunas características importantes: la mayoría considera que las diferencias individuales constituyen una significativa fuente de varianza en la conducta, pero casi todas postulan características universales en todos los individuos. Este tipo de teorías tiene la

pretensión de que son completas; centran su atención en la comprensión del desarrollo, supervivencia y adaptación general del organismo; destacan los procesos motivacionales de la conducta; su objeto de estudio es la persona total dentro de su hábitat natural, y la mayoría se ha desarrollado como resultado de la observación clínica.

### Teorías psicoanalíticas

El síntoma psicósomático no sólo se ha considerado como la expresión de una emoción reprimida, sino como la evidencia del funcionamiento mal adaptado de la personalidad. De acuerdo con Pervin (1998), la perspectiva psicoanalítica da mucha importancia al conflicto, principalmente al que se produce entre los deseos y los miedos, el cual se desarrolla durante la infancia, cuando el niño es castigado por ciertos sentimientos y acaba creyendo que si los reconoce y expresa, irán seguidos de dolor o de castigo. Es de esta manera como se ponen en marcha los mecanismos de defensa; entre ellos, la represión y la negación son

los que más probablemente repercutirán más adelante en el estado de salud física del individuo.

Luego de las primeras conclusiones psicoanalíticas, se pretendió encontrar el tipo de personalidad que conducía a determinado trastorno psicósomático, y también se habló de que la personalidad materna era una de las principales influencias; por ejemplo, el asma sería el mecanismo mediante el cual el individuo se protege de la pérdida del amor materno, en donde la madre es al mismo tiempo un objeto querido y aborrecido. Es difícil que las especulaciones psicoanalíticas de este tipo se puedan comprobar empíricamente (Maher, 1970).

Las actitudes fueron estudiadas por Grace y Graham (cfr. Maher, 1970), quienes utilizaron este término para referirse a los sentimientos experimentados por un paciente ante un síntoma. Mediante las descripciones proporcionadas por pacientes enfermos, los autores elaboraron una tipología de las actitudes, y cada una de ellas fue inducida en personas sanas mediante hipnosis para generar el síntoma. En el Cuadro 1 se muestran los síntomas y las actitudes asociadas.

**Cuadro 1.** Síntomas y actitudes asociadas, según Grace y Graham (1952).

SÍNTOMA	ACTITUD
Urticaria	Se ve a sí mismo como maltratado y está preocupado por lo que le sucede, no con las represalias.
Eczema	Tiene la sensación de que le estorban o impiden hacer algo y no puede vencer la frustración; está interesado en el obstáculo más que en el objetivo.
Frío, manos húmedas	Siente la necesidad de emprender alguna actividad, pero no sabe lo que tiene que hacer.
Rinitis vasomotora	Hace frente a una situación a la que preferiría evitar o huir de ella.
Asma	Igual que la anterior.
Diarrea	Querría pasar por encima de una situación, zafarse de algo o de alguien.
Estreñimiento	Determinado a llevar adelante una situación, pero sin esperanza de lograr un avance o éxito.
Náuseas y vómito	Preocupado por un error cometido en el pasado, algo que desearía no haber hecho o que no hubiera ocurrido.
Úlcera duodenal	El individuo busca la venganza y desea hacer un daño a la persona o cosa que le ha perjudicado.
Cefalalgia hemisférica	El individuo ha estado haciendo un esfuerzo intenso para llevar a cabo un <u>designio proyectado</u> , pero actualmente está relajado.
Hipertensión arterial	El individuo siente que debe estar constantemente preparado en contra de una amenaza.
Dolor en la parte baja de la espalda	El individuo piensa en caminar o huir de algo; hay movimiento físico implicado.

Tomado de Maher (1970).

## Teorías de rasgos

Los rasgos aluden a amplias regularidades o consistencias en la conducta de las personas. Los teóricos de la personalidad los consideran como los elementos básicos para describir las diferencias individuales de la personalidad. Allport, Cattell y Eysenck han elaborado los principales modelos de la personalidad, de los cuales el de los cinco factores de Eysenck ha sido el más aceptado. Los factores propuestos son, a saber: neuroticismo (N), que se relaciona con la estabilidad emocional e identifica a los individuos propensos al sufrimiento psicológico, las ideas no realistas y las respuestas de afrontamiento no adaptativas; extraversión (E), que valora el nivel de actividad, la necesidad de estímulos y la capacidad de disfrutar; abierto a la experiencia (O), que evalúa la búsqueda y la valoración activas de la experiencia por sí mismo: afabilidad (A), que ubica a la persona en un continuo que va de la compasión a la rivalidad en pensamientos, sentimientos y acciones; y consciente (C), que mide el grado de organización del individuo, la perseverancia y la motivación en la conducta dirigida a un objetivo (Pervin, 1998).

Algunas investigaciones han encontrado altas puntuaciones de neuroticismo entre los pacientes psicósomáticos y los posiblemente psicósomáticos, así como altas puntuaciones de introversión exclusivamente entre los psicósomáticos. Otro estudio realizado con pacientes asmáticos no halló ninguna tendencia clara a la extroversión ni al neuroticismo. Un estudio posterior llegó a la conclusión de que el grado moderado de neuroticismo, común a la mayoría de los asmáticos, era probablemente una reacción a la misma enfermedad. A pesar de que muchos de los hallazgos se han replicado, aún queda la hipótesis de que estas variaciones de rasgos de personalidad son una reacción a la enfermedad (Claridge, 1983).

## Teorías cognoscitivas

Los psicólogos cognoscitivistas reconocen algunos constructos que promueven buenos niveles de salud. El principal de estos constructos, que se concibe como una importante característica de la personalidad, es el optimismo, que implica expectativas generalizadas de que en el futuro ocurrirán

generalmente cosas positivas. Se ha observado que las personas optimistas mantienen niveles más elevados de bienestar subjetivo; de igual modo, se ha constatado que los optimistas se adaptan mejor a los cambios de vida. Además, se ha vinculado el optimismo con mejores estrategias de afrontamiento —un concepto perteneciente a la teoría del estrés con el que se identifica a las respuestas y cogniciones destinadas a minimizar los efectos de situaciones estresantes— en comparación con las personas cuyo estilo es ser pesimistas (Pervin, 1998).

## Teorías conductuales

Aunque en estas teorías no se emplea expresamente el término “personalidad”, el concepto “estilo comportamental” puede utilizarse como referente similar. Dentro del campo de la salud se han popularizado dos estilos conductuales que podrían equipararse con estilos de personalidad: la conducta tipo A y la conducta tipo B. Sarafino (1998) indica que el patrón de conducta tipo A contiene tres elementos: la competitividad, la impaciencia y la hostilidad; en cambio, el patrón de conducta tipo B caracteriza a los individuos que viven la vida con más calma y que puntuarían bajo en los tres elementos de la conducta tipo A. Los estudios realizados hasta ahora no han podido arrojar evidencia consistente para un vínculo entre las conductas tipo A y B y la enfermedad en general, pero la mayoría apunta a que el patrón tipo A es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria del corazón porque involucra todo un estilo de vida, donde es más probable consumir productos dañinos para la salud, como bebidas alcohólicas y cigarrillos, además de que ignora los síntomas de fatiga o de patología incipiente.

## DESÓRDENES AFECTIVOS

De acuerdo con Massana (1983), existe una tendencia a considerar que los trastornos psicósomáticos son de origen depresivo debido a que la terapéutica antidepresiva los alivia y los hace desaparecer. La hipótesis que subyace a esta perspectiva se puede expresar como sigue: la depresión es una alteración cerebral que provoca cambios afectivos, o sea, básicamente cambios emocionales, lo

que se vincula con el hecho de que provoca cambios fisiológicos periféricos que comienzan a provocar un síntoma físico. El sujeto deprimido no encuentra en el ambiente algún estímulo que justifique tal síntoma, y se produce en él una respuesta de ansiedad que puede acrecentar el síntoma. Se supone que bajo este mecanismo se han desarrollado algunas enfermedades “inexplicables” para el médico, como dolores en diversas partes del cuerpo, trastornos gastrointestinales de tipo dis péptico, hipertensión en su inicio, entre otros, que pueden no ser más que la expresión de un trastorno depresivo.

Otros autores han hallado que la depresión está asociada con varias alteraciones en la inmunidad celular. También algunos datos evidencian que los efectos adversos de la depresión sobre la inmunidad pueden estar mediados por los trastornos del sueño que resultan de la depresión; por lo tanto, es probable que tengan que ver con las enfermedades relacionadas con el sistema inmune (Taylor, 1999).

## ESTRÉS Y ANSIEDAD

El fenómeno identificado como “estrés” es, sin duda, el factor psicológico más relacionado con la salud; del mismo modo, su estudio se ha vuelto el eje central de la recientemente surgida psicología de la salud, disciplina que enmarca la mayor cantidad de información conocida al respecto y de la que, a continuación, se presenta una reseña.

Antes de comenzar propiamente la exposición sobre el estrés, es preciso hacer un comentario acerca de la distinción hecha entre enfermedad “padecida” y enfermedad “percibida”. Sandín, Chorot, Santed y Jiménez (1995) consideran que la primera es una categoría objetiva y la segunda subjetiva. Aunque la diferencia no es evidente en el lenguaje español, sí lo es en el inglés, en donde el término *illness* se emplea para referirse a una persona que se siente mal y lleva a cabo actividades que reflejan el problema (por ejemplo, quedarse en cama o tomar medicamentos); por otro lado, mediante el término *disease* se designa un estado objetivo de trastorno orgánico. Es importante reconocer esta diferencia, pues existe evidencia de que ciertas personas tienden a desarrollar mayor sintomatología somática que otras bajo ciertas con-

diciones que se han denominado *estrés*. En la siguiente exposición se presentarán los conceptos básicos y después su relación con la salud.

### Definición de estrés

Actualmente se reconocen tres perspectivas del estrés. La primera de ellas, el estrés *como estímulo*, supone que el estrés es algo que ocurre en el medio ambiente y que hace una demanda a la persona; muchos autores llaman a este estímulo *fuerza de estrés* o *estresor*, y quienes investigan tales estímulos se dedican a clasificarlos y medirlos. En segundo lugar, se considera al estrés *como respuesta*, y su punto de partida son los diversos síntomas de tipo conductual, emocional o físico que se aprecian en las personas como consecuencia de un conjunto particular de demandas. Finalmente, la más reciente es la perspectiva del estrés *como transacción*: una transacción entre la persona y su medio ambiente en la que se incorporan las perspectivas de estímulo y respuesta como parte de un proceso (Cassidy, 1999).

Lazarus y Folkman (1984) llamaron la atención sobre el hecho de que el estrés no aparecía sólo en situaciones extraordinarias, sino que es un aspecto inevitable de la vida, y que las dos primeras perspectivas resultaban incompletas puesto que no tomaban en cuenta que las características individuales podrían hacer la diferencia para experimentar estrés. De este modo, proponen una definición que enfatiza la relación entre la persona y el medio que retoma tanto las características de la persona como la naturaleza de los eventos ambientales. La definición que proponen establece que “el estrés psicológico es [...] una relación entre la persona y el medio ambiente que es apreciada por la persona como agotando o excediendo sus recursos y amenazando su bienestar” (p. 21).

Otra definición propuesta bajo esta última aproximación supone al estrés como la condición que resulta cuando las transacciones entre la persona y su ambiente llevan al individuo a percibir una discrepancia —que puede ser real o no— entre las demandas de la situación y los recursos disponibles de la persona (Sarafino, 1998).

A continuación se presentan algunos modelos surgidos de las anteriores perspectivas y su vinculación con el efecto sobre la salud.

El *síndrome general de adaptación* descrito por Hans Selye es, sin lugar a dudas, el primer trabajo elaborado específicamente acerca del estrés. De acuerdo con Claridge (1983), en este modelo se concibe la reacción al estrés esencialmente como una respuesta normal de adaptación a una amenaza, la que podría generar patologías en caso de que sea prolongada o intensa. Selye (1956) se refiere también al *síndrome local de adaptación*, que se distingue del otro solamente en el grado en que se localiza la reacción.

Selye consideraba que el estrés podía observarse a través de los cambios corporales que ocurren en un tiempo determinado, y que el estado que resultaba de la continua exposición a los estresores daba lugar al síndrome general de adaptación. Propuso tres etapas para este síndrome: la reacción de alarma, la etapa de resistencia y la etapa de agotamiento. Además, advirtió que no se necesita que sucedan las tres etapas para hablar del síndrome, pues muchas circunstancias sólo desencadenan las primeras dos etapas, en tanto que la tercera, cuando ocurre, no es en todos los casos irreversible.

Sarafino (1998) describe las tres etapas del síndrome de adaptación general como sigue. Una vez que se ha percibido una situación estresante (la etapa uno), la reacción de alarma, tiene la función de movilizar los recursos corporales; por ella se genera rápidamente un cambio en el funcionamiento fisiológico, primero disminuyendo y después superando los niveles normales. Al final de esta etapa, el cuerpo está completamente movilizad para resistir fuertemente al estresor, un estado de activación fisiológica que el organismo no puede mantener durante mucho tiempo. A continuación se avanza a la etapa de resistencia, en la que el cuerpo trata de adaptarse al estresor; la activación fisiológica disminuye sin llegar a los niveles normales y el organismo muestra muy pocas señales de estrés. El organismo que experimenta constantemente esta reacción irá perdiendo habilidad para resistir y se volverá más propenso a padecer problemas de salud. Finalmente, en la etapa de agotamiento, la activación fisiológica ha sido tan prolongada que se debilita el sistema inmune y disminuyen las reservas de energía; si el estrés continúa, es muy probable que se produzca enfermedad y daño en los órganos internos, e incluso la muerte.

Actualmente, la tendencia consiste en elaborar modelos que vinculen el estrés con la aparición de enfermedades orgánicas. El mismo Dubovsky (1985) presentó una propuesta a la que tituló *Modelo psicofisiológico para la salud, la enfermedad y el estrés*, con la que pretende demostrar “la compleja interacción de las reacciones psicológica y fisiológica al estrés en el contexto de las vulnerabilidades y fortalezas que están determinadas en parte por tendencias biológicas innatas, y en parte por las influencias ambientales, tanto al principio de la vida como después en el desarrollo” (p. 97). En su modelo, relaciona 24 elementos que parten de la constitución biológica y dan lugar a diversas posibilidades de enfermedades, según sean las condiciones orgánicas y psicológicas que se combinen. Como resultado de experimentar un evento estresante, se pueden generar situaciones que van desde una simple crisis emocional hasta la psicosis o, por otro lado, una crisis orgánica que se manifieste como una úlcera, una disfunción cardiovascular o un cáncer.

Brannon y Feist (1997) presentan tres modelos de por qué algunas personas enferman cuando están bajo estrés, no así otras.

El *modelo de predisposición al estrés* (modelo de diatesis-estrés) establece que algunos individuos son vulnerables a las enfermedades relacionadas con estrés debido a una predisposición para reaccionar anormalmente a los estresores ambientales, predisposición que se hereda a través de una debilidad en algún sistema orgánico o bioquímico. De acuerdo con este modelo, se requieren dos factores para producir enfermedad: la persona debe tener una predisposición relativamente permanente a la enfermedad, y esa persona debe experimentar alguna clase de estrés.

El *modelo de la personalidad resistente*, propuesto por Kobasa en 1979, parte de la idea de que algunas personas poseen resistencia, es decir, son capaces de soportar el estrés y no sucumbir a la enfermedad. Se cree que la resistencia disminuye los efectos dañinos del estrés y protege de las enfermedades relacionadas con éste. Las personas resistentes tienen tres características: expresan un fuerte sentido de compromiso con ellas mismas, demuestran un “locus de control interno”<sup>2</sup> sobre

<sup>2</sup> El *locus de control* es un término manejado por las teorías cognitivas en referencia a las percepciones del sujeto sobre el control

sus vidas, y son más propensas a ver los reajustes necesarios como un reto más que como estrés.

El *modelo de trastorno de identidad* sugiere que los eventos de la vida pueden hacer cambiar el sentido de identidad de una persona, y que ese trastorno de identidad tiene un impacto negativo sobre la salud, siempre y cuando el evento contraste con el autoconcepto de la persona. Por ejemplo, las personas con baja autoestima tienen dificultades para aceptar las cosas buenas que les ocurren porque los eventos positivos caen fuera de su sentido de identidad; dichos eventos son vistos como amenazas a la identidad y atrapan la atención de la persona, disminuyendo así su habilidad para superar el estrés.

### Estresores

El estímulo que provoca una respuesta de estrés ha sido llamado *estresor*. En una primera clasificación se consideran dos tipos: los psicosociales y los biológicos. Lo que define a los primeros es la evaluación cognoscitiva que el sujeto hace de ellos. Los segundos están definidos por sus propiedades —eléctricas o bioquímicas—, capaces de iniciar una respuesta de estrés sin generar alguna actividad cognoscitiva (Rodríguez y Rojas, 1998).

Desde la perspectiva psicosocial planteada por Sandín (1999), los agentes estresantes se denominan “sucesos vitales”, es decir, son aquellas circunstancias que requieren un cambio en la rutina habitual de un individuo; también se les define como experiencias objetivas que perturban o amenazan la actividad habitual del individuo y causan una necesidad de reajuste sustancial en las condiciones del organismo. El autor identifica tres categorías diferentes de estresores: 1) *Sucesos vitales altamente traumáticos*, que se refieren a eventos extraordinarios, como desastres naturales, situaciones bélicas y otros. 2) *Sucesos vitales mayores*, que son acontecimientos relativamente usuales y hasta normativos de la vida de la gente, algunos de los cuales no son necesariamente traumáticos, como un ascenso en el trabajo, el matrimonio o el nacimiento de un hijo; otros pueden ser traumáticos en cierto grado, como la pérdida de un ser querido,

sufrir un accidente y otros semejantes, y 3) *Microeventos o sucesos vitales menores*, que consisten en los pequeños problemas y contrariedades que ocurren cotidianamente, o, como se denominan en el idioma inglés, molestias diarias (*daily hassles*).

Además de las anteriores, Sandín (1999) plantea una cuarta categoría: los *estresores ambiente*, a los que no se juzga como sucesos vitales ya que se refieren a situaciones del contexto sociofísico, como el ruido, el tráfico, la contaminación o el hacinamiento, que tienen un efecto reconocido sobre el funcionamiento fisiológico y psicológico de la persona.

De los tipos anteriores de estresores, los pertenecientes a la clase de sucesos vitales se han asociado a modificaciones en el estado de salud, tales como el inicio y curso de enfermedades físicas graves; el padecimiento de enfermedades leves, la resistencia a la enfermedad y una frecuente sintomatología orgánica. Algunos autores han sugerido recientemente que las molestias diarias, al ser percibidas por el individuo como peligrosas o amenazantes y ocurrir frecuentemente, poseen un efecto más significativo sobre la salud que los sucesos mayores (Sandín, 1999).

### Mediación cognitiva

En el primer inciso de este apartado se presentó la definición de estrés a partir de las respuestas que ocurren en el organismo, y en el anterior se definieron los agentes estresantes. En el presente se describirá lo que para el enfoque cognitivo es el punto de unión entre las dos anteriores: las consideraciones cognitivas que el sujeto hace de un evento y de las que depende que dicho evento tenga un efecto o no sobre la salud del sujeto.

De acuerdo con Sarafino (1998), la apreciación cognitiva es un proceso mental que permite a las personas evaluar si una situación determinada amenaza su bienestar y si posee los recursos para enfrentarla. Se reconocen dos tipos de evaluación: la *primaria* y la *secundaria*. La apreciación primaria se enfoca en el significado de la situación, la cual comienza cuando se experimentan algunos sentimientos molestos y que puede tener tres resultados: que sea irrelevante, pues el sujeto reconoce que esos síntomas son pasajeros; que sea

---

de las cosas que le acontecen. Más adelante se volverá sobre este punto.

buena, si se interpreta como la señal de que se espera algo bueno, o que sea estresante, si es que se asocian tales síntomas con el inicio de una enfermedad grave. Además, un suceso valorado como estresante puede observarse a la luz de tres posibilidades: el daño o pérdida, donde la persona se preocupa por la cantidad del daño causado; la amenaza, que consiste en concentrarse en el daño que será causado en el futuro, y el reto, que significa la oportunidad de desarrollar nuevos recursos (Sarafino, 1998).

La apreciación secundaria se refiere a la evaluación que se hace de los recursos disponibles para afrontar la situación presente. La persona puede percatarse de este proceso cuando en una circunstancia estresante se dice a sí misma frases como "no hay problema", "puedo hacerlo", "no lo lograré", etcétera.

Cassidy (1999) incluye un tercer tipo de apreciación: la apreciación de control, que se refiere a una evaluación acerca de la causa del problema, que se puede ubicar en algún punto continuo interno-externo, o no encontrarse ninguna causa, lo que genera un sentido de desamparo.

Hay otros factores de tipo cognitivo que influyen en la apreciación que se hace de un evento, todos incluidos en la misma referencia:

*Desamparo aprendido.* Es más probable que una persona valore una situación cotidiana como estresante cuando ha aprendido que las consecuencias de su conducta no están bajo su propio control.

*Estilo atribucional.* Se refiere a las atribuciones que el sujeto hace acerca de las causas de la situación, las que pueden ubicarse en tres dimensiones: interno-externo, estable-inestable y global-específico. Es más probable que las personas experimenten estrés cuando hacen atribuciones externas, estables y globales. Las atribuciones externas involucran la creencia de que los eventos están fuera de nuestro control; la estabilidad se refiere a la dimensión temporal acerca de que los eventos *siempre* son iguales, y lo global se refiere a que, sin importar qué se haga o dónde, las cosas permanecerán invariables.

*Atribuciones por una ruta diferente.* Se ha propuesto que, pese a que se atribuyan causas externas o internas a las situaciones, es probable que

la persona experimente estrés en cualquier caso debido a que percibe la circunstancia como poco controlable.

*Locus de control.* El autor retoma el concepto que J. B. Rotter propuso en 1966 para distinguir entre las percepciones de que la conducta está bajo nuestro propio control, o de que se debe a la suerte o que está bajo el control de otros. La hipótesis sostiene que entre los seres humanos existe una necesidad de dominar y controlar su alrededor; este sentido de control personal es lo que minimiza los efectos de una situación demandante en el individuo.

*Optimismo-pesimismo.* Se refiere al carácter favorable o desfavorable que la persona atribuye a las circunstancias; a quienes están en el primer caso, les va mejor en las situaciones estresantes que a los del segundo. El pesimista ve su mundo como fuera de su control y lo que le sucede lo atribuye a las circunstancias o a la mala suerte; es más propenso a la depresión y a experimentar estrés con mayor frecuencia. El optimista considera que sus anhelos están a su alcance y se orienta un poco más al futuro; es más resistente al estrés porque no evita las situaciones sino que las enfrenta.

*Estilo de resolver problemas.* Implica una forma de pensamiento acerca de los problemas que el individuo desarrolla, la cual involucra reconocer el problema y descubrir estrategias para resolverlo. Aquellos que generalmente tienen un estilo positivo de resolver problemas son más resistentes al estrés y tienen menos probabilidades de padecer problemas de salud física y psicológica.

*Motivación.* Las personas que tienen objetivos y se esfuerzan por conseguirlos poseen mejores estrategias de afrontamiento que aquellos que poseen poca motivación.

*Apoyo social.* Esta variable también tiene que ver con la cognición del individuo, pues si percibe apoyo social es probable que experimente menores niveles de estrés, sin que importe lo objetivo de ese apoyo.

*Reactividad emocional.* Propone que las emociones a experimentar se relacionan con el tipo de información contenida en la memoria, y que eso marcará entonces los niveles de vulnerabilidad y resistencia al estrés.

## ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO

De acuerdo con McManus (1992), estrés y activación fisiológica (*arousal*) son conceptos diferentes. El estrés ya ha sido definido como una reacción psicológica que implica un evento demandante llamado estresor que da lugar a una respuesta de malestar, o estrés propiamente dicho. La activación es una respuesta de origen principal-

mente fisiológico que afecta la actividad del sistema nervioso simpático e implica un incremento en la tasa cardíaca y ciertas modificaciones en el metabolismo; una distinción importante es que la activación no necesariamente se experimenta como molestia. Con estos dos conceptos, el autor hace varias combinaciones que dan resultados distintos (Cuadro 2).

**Cuadro 2.** Resultantes de las combinaciones entre estrés y activación.

	Mucha activación	Poca activación
Mucho estrés	Ansiedad	Aburrimiento
Poco estrés	Excitación	Sonmolencia

Como puede verse, la ansiedad está presente en una situación estresante cuando en el individuo se produce mucha activación fisiológica; bajo este estado son comunes signos como la taquicardia, la hiperventilación y otros (McManus, 1992).

Para Tobeña (1983), la ansiedad, al ser una respuesta emocional que afecta el funcionamiento del sistema nervioso, puede tener dos efectos importantes: 1) permitir el aprendizaje de nuevas conductas o mejorar la ejecución de conductas aprendidas previamente, provocando como último resultado que el estado emocional aversivo experimentado como ansiedad disminuya y sea sustituido por un estado placentero a consecuencia del aprendizaje de una nueva respuesta, y 2) que el estado aversivo se mantenga continuamente y culmine en la paralización de la conducta, así como en una activación fisiológica crónica y prolongada y una atención excesiva a los estímulos circundantes, lo cual, en último término, puede ser la base de algunos trastornos fisiológicos o conductuales, entre los que destacan los trastornos psicofisiológicos. El mismo autor afirma que una situación amenazante plantea un conflicto que no produce un trastorno conductual o fisiológico cuando el sujeto tiene la posibilidad de aprender respuestas para dominar dicha situación; en cambio, cuando las situaciones de conflicto son repetidas y crónicas y hay poca o ninguna posibilidad de aprender respuestas para dominar la situación, entonces la ansiedad mantenida y persistente puede ser uno de los factores que explique la aparición de un trastorno psicofisiológico.

Las respuestas a que se hace referencia se han nombrado de tolerancia, de dominio o de afrontamiento al estrés (*coping*), a las que algunos autores han definido como respuestas de dominio de la ansiedad (cfr. Tobeña, 1983). Sandín (1999) proporciona otra definición de afrontamiento: los esfuerzos cognitivos y conductuales que emplea el sujeto para controlar las situaciones estresantes y reducir o eliminar la experiencia de estrés; asimismo, se dice que el afrontamiento está constituido por aquellas conductas o pensamientos que son utilizados conscientemente por el individuo para controlar los efectos producidos por la anticipación o experiencia de la situación estresante.

Las estrategias de afrontamiento pueden ser diversas; algunas se pueden encontrar en listas de chequeo y en cuestionarios; en ellos, las estrategias corresponden a subtipos ideados por sus autores. Sandín (1999) presenta cuatro clasificaciones en las que se divide a las respuestas de afrontamiento, según su objetivo sea trabajar sobre la valoración del problema, el problema mismo, la emoción experimentada o el alejamiento de la situación (Cuadro 3). Algunos ejemplos de las estrategias que se incluyen en dichas clasificaciones son, a saber:

- *Confrontación*: acciones directas dirigidas a la situación.
- *Distanciamiento*: olvidar, comportarse como si nada hubiese ocurrido, etcétera.
- *Autocontrol*: guardar los problemas para sí mismo, etcétera.
- *Búsqueda de apoyo social*: pedir consejo, exponer el problema a un amigo, etcétera.

- *Aceptación de la responsabilidad*: disculparse, criticarse a sí mismo, etcétera.
- *Huída-avoidance*: beber, fumar.
- *Planificación de solución del problema*: establecer un plan de acción y seguirlo, etcétera.
- *Reevaluación positiva*: utilización de frases como “La experiencia enseña”, “Hay gente bue-

- na”, etcétera.
- *Hacerse ilusiones*: soñar, imaginar otras situaciones, desear poder cambiar lo que está ocurriendo, etcétera.
- *Autoculpa*: criticarse a sí mismo, etcétera.
- *Reducción de la tensión*: tratar de sentirse mejor comiendo, fumando, etcétera.

**Cuadro 3.** Tipos de afrontamiento identificados por distintos autores.

AUTOR	TIPOS DE AFRONTAMIENTO
Lazarus y Folkman	Focalizado en el problema Focalizado en la emoción Focalización mixta
Moos y Billings	Focalizado en la evaluación Focalizado en el problema Focalizado en la emoción
Törestad, Magnuson y Oláh	Constructivo Pasivo Escape
Enler y Parker	Orientado a la tarea Orientado a la emoción Evitación

Como puede observarse, las estrategias de afrontamiento incluidas en el cuadro presentan algunos rasgos en común, por lo que se ha considerado que todas las taxonomías propuestas se pueden reducir a dos grandes categorías: las enfocadas en el problema y las que se enfocan en las emociones (Omar, 1995).

La estrategia particular con la que se afrontará una situación estresante está determinada por la circunstancia, por la percepción que la misma persona tenga de ella y por sus propios recursos. Su efectividad para reducir el estrés y potenciar la salud aún es un tema de investigación, pero la evidencia apunta a que el afrontamiento de evitación y centrado en la emoción es más eficaz a corto plazo, mientras que el centrado en el problema lo es a más largo plazo. En lo que los distintos autores concuerdan es que parece ser más saludable afrontar el estrés que no hacerlo, aunque se corre el riesgo de emplear respuestas poco adaptativas (Sandín, 1999).

En la actualidad, algunos investigadores reconocen que las formas de afrontamiento pueden ser más determinantes para las respuestas fisiológicas de estrés que la frecuencia y las características de las situaciones. Los supuestos bajo esta

creencia son, de acuerdo con Holroyd, Appel y Andrasik (1987): 1) que el ritmo de vida actual plantea demandas frecuentes que no se pueden manejar de manera rutinaria; por lo tanto, las situaciones de estrés son más frecuentes que lo deseable y, sobre todo, inestables, y 2) que la principal defensa contra la enfermedad no es la ausencia de estrés, sino el afrontamiento eficaz.

Se reconocen cuatro vías en las que el afrontamiento puede influir sobre el funcionamiento somático, que se detallan a continuación:

En primer lugar, en cuanto a la frecuencia, intensidad y características de las estrategias utilizadas, se modifican las características de las respuestas fisiológicas producidas; desafortunadamente, este hecho no tiene una considerable investigación que la sustente, y aún no se reconoce el mecanismo preciso en que las respuestas psicológicas elicitadas por patrones de respuesta patogénica.

En segundo lugar, se cree que los síntomas pueden aprenderse o mantenerse debido a su eficacia como respuestas de afrontamiento. Algunos autores especulan, por ejemplo, que los individuos genéticamente predispuestos, que carecen de respuestas de afrontamiento más eficaces, pueden aprender a enfrentar las situaciones que producen

estrés elevando su presión sanguínea, por que esta respuesta se ve reforzada por sus efectos sedantes. Bajo el término “conducta de enfermedad” se engloban respuestas tales como informar sobre síntomas, buscar tratamiento y otras, que también pueden ser una manera de afrontar el estrés y que, por ende, también pueden mantenerse por los refuerzos y las ganancias secundarias.

En tercer lugar, las estrategias de afrontamiento pueden incluir conducta cuyos efectos contribuyan a la enfermedad al exponer al individuo a sustancias nocivas o agentes alérgicos. De este modo, este mecanismo no sólo aumenta la probabilidad de que se produzca una enfermedad, sino que también puede hacerla más grave.

Finalmente, se habla de las estrategias utilizadas para afrontar los síntomas de alguna enfermedad. Algunos pacientes hacen esfuerzos por controlar los síntomas, en tanto que otros se automedican, etcétera. Son situaciones que en muchos casos pueden influir sobre el curso de la enfermedad.

## COMPORTAMIENTO

Algunos investigadores en el campo de la psicología de la salud prefieren hablar de conductas de salud; bajo este término, Beneit (1981) incluye todos los comportamientos que promueven o potencian un estado de salud general, así como las conductas que minimizan el riesgo asociado a determinados trastornos o enfermedades; considera además que tales conductas pueden dar lugar a hábitos de salud, es decir, conductas que están firmemente establecidas y arraigadas en el repertorio de un individuo y que se ponen en marcha de forma automática. Para que una conducta de salud ocurra son necesarios ciertos determinantes, entre los cuales se hallan algunos de origen social: 1) la familia inculca algunas de estas conductas, que después se convertirán en hábitos (por ejemplo, ducharse, lavarse las manos, cepillarse los dientes...); 2) hay prácticas que son valoradas culturalmente o por el grupo social de referencia (por ejemplo, la comunidad puede apreciar o no que las mujeres hagan deporte); 3) las influencias de grupo pueden afectar la decisión de una persona para determinados comportamientos (beber, fumar, correr...); 4) finalmente, el acceso al sistema sanitario es determinante

para participar en sus acciones (aplicarse vacunas o practicarse exámenes médicos).

La práctica de una conducta de salud también puede estar influida por factores personales, entre los cuales los más importantes son: *a)* la autopercepción de síntomas, que consiste en interpretar señales corporales como el comienzo de alguna enfermedad y que, además, se relacionan con ciertas conductas o hábitos; aunque la ocurrencia de esta situación pudiera parecer obvia, para algunas personas las señales corporales no sobresalen de otros estímulos que reciben, probablemente por las expectativas relacionadas con la enfermedad que han desarrollado o por su personalidad, aptitudes y motivaciones; *b)* las emociones experimentadas, que pueden acompañarse de hábitos nocivos para la salud, y *c)* las creencias y aptitudes para reducir el riesgo de enfrentar la enfermedad mediante el comportamiento, lo que igualmente determina si la persona practicará o no una conducta de salud.

## Género y salud

Se ha considerado asimismo que el género puede marcar alguna diferencia que posibilite o interfiera con el estado de salud. Ha sido el desarrollo del movimiento feminista el que ha promovido el estudio de la salud en las mujeres; sin embargo, los estudios sobre la salud de éstas se han enfocado casi exclusivamente al estudio de la salud reproductiva, y olvidado un ámbito tan importante como el proceso de salud-enfermedad. Este aspecto resulta relevante dados algunos hallazgos que establecen diferencias de género en términos de salud y mortandad.

Las estadísticas muestran que los varones tienen mayores tasas de mortalidad que las mujeres en distintas etapas de la vida y por distintas causas. Se tiene el dato de que se conciben 120 fetos masculinos por cada 100 femeninos; sin embargo, sólo nacen 106 bebés varones por cada 100 hembras. Se cree que esta situación se debe a defectos o trastornos genéticos recesivos ligados al sexo, como la hemofilia, y al hecho de que las mujeres ofrecen mayor resistencia a las enfermedades infecciosas que los varones porque en el cromosoma X hay genes que incrementan su resistencia inmunitaria (Hyde, 1995).

El cáncer de pulmón, los ataques cardiacos, la cirrosis hepática y los accidentes automovilísticos o con armas de fuego son las principales causas de muerte en las que los hombres superan a las mujeres. En todas esas causas están involucradas conductas específicas relacionadas con el papel de género, las que se han llamado “aspectos letales del papel masculino”, los cuales implican rasgos como la agresividad y el asumir riesgos, que a su vez pueden vincularse con la tasa de mortalidad más elevada de los varones. Fumar, beber, ser agresivas, competitivas e impacientes parecen ser conductas que las mujeres exhiben más a medida que se involucran en ambientes que antes eran exclusivos de los hombres. No obstante, la comparación entre las mujeres trabajadoras del tipo A y las amas de casa del mismo tipo no arroja diferencias significativas (Hyde, 1995).

Las mujeres parecen ser más propensas al abuso de sustancias tranquilizantes. Además, muchas de ellas muestran tendencia a beber y fumar, pero lo hacen en la privacidad de su hogar debido a las presiones sociales. Aunque las mujeres viven más que los hombres, experimentan más problemas de salud mientras viven y son más propensas a sufrir de artritis, diabetes, reumatismo e hipertensión (Paludi, 1998).

Otras diferencias referidas a la salud en hombres y mujeres muestran, en diversas condiciones, un panorama más desfavorable para las mujeres. En relación a la edad, por ejemplo, las mujeres manifiestan tener peor salud que los hombres conforme cumplen más años, aunque a partir de los 65 años las proporciones son similares. Las mujeres también muestran un consumo de medicamentos superior al de los hombres; asimismo, muestran mayor tendencia a estar en cama por problemas de salud, e incluso a limitar sus actividades de tiempo libre por alguna dolencia (Castaño, Menéndez y Palacios, 1996).

Desde la perspectiva de género, se considera que existen dos mecanismos fundamentales mediante los cuales la construcción de género influye sobre la salud. Uno es la institucionalización o proceso por el que las acciones de los individuos se convierten en pautas establecidas para todos los integrantes de un grupo social. El otro es la socialización, que implica la enseñanza a los nue-

vos miembros de la sociedad de las pautas establecidas por la institucionalización, lo cual se lleva a cabo con el niño y la niña desde la familia, y después mediante el ejercicio de otro tipo de roles. De esta manera es como las diferencias en la mortalidad y morbilidad por sexo no sólo están matizadas por diferencias biológicas, sino también por el medio social. Se sabe que la mujer, a cualquier edad, tiende a experimentar menores tasas de mortalidad que el hombre, pero está sujeta a una mayor morbilidad que aquél, lo que se expresa en una mayor incidencia de trastornos agudos, mayor frecuencia de enfermedades crónicas no mortales y niveles más elevados de discapacidad, que desde el punto de vista social se relacionan con la desvalorización del ser mujer (Aniorte, 2003).

Al parecer, los estereotipos han marcado otras diferencias: por un lado, las mujeres se obsesionan por estar delgadas; por el otro, los hombres prestan poca atención a los síntomas corporales. Se hace necesario enseñar a las mujeres a fundamentar su valor en algo distinto a su apariencia, así como enseñar a los hombres a prestar más atención al dolor y a otros síntomas, abandonando la exigencia de ser “valientes”, lo que los lleva a ignorar sus síntomas hasta que es demasiado tarde (Van Wersch, 1998).

Algunos estudios enfocados precisamente en la relación entre género y salud han encontrado diferencias importantes. Dancey, Hutton-Young, Moye y Devins (2002) realizaron una encuesta con pacientes de síndrome de intestino irritable para evaluar la relación entre la enfermedad percibida, la calidad de vida y el género. Entre sus hallazgos destaca que la severidad de los síntomas afecta más la calidad de vida de las mujeres que la de los hombres, pero que el estigma que la enfermedad posee afecta más a los hombres que a las mujeres. Ahora bien, estos autores llamaron “enfermedad por intromisión” a la condición de enfermedad que es consecuencia de la severidad de los síntomas de una patología identificada y de su tratamiento; si esta condición se agrava, la calidad de vida disminuye considerablemente más en los hombres que en las mujeres. Brink, Karlson y Hallberg (2002) encontraron que entre los pacientes con afecciones coronarias las mujeres reportan una salud física significativamente más pobre que los hombres.

Con relación al papel de las emociones en el estado de salud-enfermedad, se ha observado que la sociedad acepta con mayor facilidad las manifestaciones emotivas de las niñas que las de los niños, y se ha llegado a confirmar que ciertas emociones son exclusivas de las mujeres. El miedo asociado a su vulnerabilidad física, la risa abierta y exagerada, la propensión al engaño, la perseverancia, la depresión, el desaliento, la honestidad, la prudencia, la vanidad y un escaso espíritu de dominación son algunas cualidades de carácter atribuidas al género femenino. La agresividad es un rasgo comúnmente masculino, al igual que una mayor resistencia; hay también en ellos una mayor tendencia paranoica. Se considera que estas distinciones son consecuencia de un umbral de sensibilidad inferior en la mujer y de los mecanismos fisiológicos propios de su constitución, ya que muchas de las crisis emocionales que experimentan suceden simultáneamente con cambios fisiológicos como la pubertad, la menstruación, el embarazo y la menopausia (Piret, 1986).

Según Fischer (1998), la evidencia sostiene hasta el momento que tanto los hombres como las mujeres experimentan emociones similares, excepto que difieren en sus reportes. Las mujeres expresan por lo general emociones que implican una falta de poder y mayor vulnerabilidad (por ejemplo miedo, tristeza, depresión, vergüenza y culpa), así como emociones que promuevan emociones armoniosas con su grupo social (alegría, amor, felicidad y satisfacción de vida). En cambio, las emociones reportadas por los varones se caracterizan por ser manifestaciones de poder, siendo las más destacadas la agresión y la ira. Estas diferencias pueden explicarse según los estereotipos de género establecidos socialmente. El llanto en los hombres es visto como apropiado sólo en situaciones extremas. A la mujer se le permite llorar en muchas más ocasiones, aunque, por la misma razón, su llanto suele ser poco tomado en serio.

En cuanto a las diferencias de género respecto de la experiencia del estrés, algunos investigadores como Stone, Dembroski, Costa y MacDougall (1990) se han concentrado en las diferencias en los patrones de respuesta al estrés midiendo la reactividad fisiológica. Las conclusiones sólo indican una diferencia clara en lo que se refiere a la presión sanguínea sistólica, en que los hombres

mostraron mayor reactividad que las mujeres. En otra investigación, Light, Turner y Hinderliter (1992) hallaron que la presión sanguínea en general se incrementaba más y tenía un tiempo de recuperación más lento en los hombres que en las mujeres. Tales diferencias se han encontrado desde la infancia y la adolescencia, por lo que se considera más probable que los hombres padezcan más enfermedades cardiovasculares.

Otros autores han comprobado las diferencias de género a partir de sus reportes verbales. Se ha observado que las mujeres reportan experimentar más estresores de lo que lo hacen los hombres; sin embargo, dichas declaraciones pueden estar influidas por las expectativas sociales de que las mujeres pueden expresar todo lo que les molesta (Sarafino, 1998).

Se cree que las mujeres pueden experimentar el mismo tipo de estrés que los varones, con las mismas características con que ellos lo padecen, pero ciertas formas de estrés son exclusivamente femeninas: se enfrentan a los mensajes contradictorios de la sociedad, atraviesan etapas propias de su constitución física y, como corolario, sus síntomas no se toman en serio como los de los hombres. De acuerdo con Witkin-Lanoil (1985), las formas de estrés femenino son, a saber:

- a) Estrés derivado de su fisiología: desarrollo de senos, menstruación, embarazo, menopausia.
- b) Estrés derivado de los cambios de vida: matrimonio, maternidad, divorcio.
- c) Estrés psíquico: ser soltera, ser ama de casa, trabajar, no trabajar, etcétera.
- d) Estrés ocultos: machismo, sexismo sutil.
- e) Estrés de las crisis vitales: estrés que cae principalmente sobre los hombros de la mujer: atención de los padres enfermos o moribundos, cuidado de un hijo disminuido...

Las anteriores formas de estrés producen en la mujer un doble riesgo: padecer los síntomas usualmente asociados al estrés, como úlceras, hipertensión o fatiga crónica, y además otros trastornos atribuibles al estrés, como infertilidad, tensión premenstrual y neurosis de ansiedad. De hecho, los síntomas relacionados con el estrés que son propiamente de la mujer son los siguientes: amenorrea, tensión premenstrual, cefaleas, depresión posparto, melancolía menopáusica, vaginismo, frigidez,

anorgasmia e infertilidad, y los trastornos en los que la mujer ha ganado mayoría incluyen la anorexia, la bulimia, la neurosis de ansiedad y la psicosis depresiva (Witkin-Lanoil, 1985).

Para concluir esta revisión, hay que comentar que, como ha podido observarse, la relación entre los factores psicológicos y la enfermedad física no es clara en cuanto a sus mecanismos de interacción. Dado que el estudio de esta relación ocurre a través de distintas aproximaciones, los datos, hipótesis o teorías enfatizan aspectos particulares, y por lo general dejan de lado la influencia de otros. Así, se carece de una aproximación que sea capaz de integrar conceptual y metodológicamente el papel o la influencia de los diversos factores revisa-

dos. Es importante insistir en que falta mucho por hacer en este terreno. Si bien hay muchas aportaciones de la psicología al estudio de la salud, hasta el momento no se tiene claridad con respecto no solamente al papel del comportamiento, entendido como relación individuo-medio y del estado de salud-enfermedad, sino que tampoco se puede explicar completamente otro tipo de fenómenos, como las diferencias de género. Por lo anterior, se propone, por un lado, integrar conceptual y metodológicamente el estudio de todos aquellos factores que se han analizado de forma independiente y, por otro, enfatizar el papel que la psicología desempeña en la investigación, comprensión y alteración de la dimensión psicológica de la salud.

## REFERENCIAS

- Alexander, F.G. (1950). *Psychosomatic medicine*. New York: Norton.
- Alexander, F.G. y Selesnick, S.T. (1970). *Historia de la psiquiatría. Una evaluación del pensamiento psiquiátrico desde los tiempos prehistóricos hasta nuestros días*. Barcelona: Espaxs.
- Aniorte, N. (2003). *La construcción social de género y su relación con la salud*. Disponible en línea: [http://perso.wanadoo.es/nicanorap/apun\\_sociolog\\_salud\\_5.htm](http://perso.wanadoo.es/nicanorap/apun_sociolog_salud_5.htm).
- Ardila, R. (1973). *Psicología fisiológica*. México: Trillas.
- Bakal, D.A. (1996). *Psicología y salud*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beneit M., P. J. (1981). Conductas de salud. En: J. M. Latorre P. y P. J. Beneit M. (Coords.): *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. Buenos Aires: Lumen.
- Brannon, L. y Feist, J. (1997). *Health psychology. An introduction to behavior and health*. Chicago, IL: Books-Cole Publishing Company.
- Brink, E., Karlson, B.W. y Hallberg, L.R.M. (2002). Health experiences of first-time myocardial infarction: factor influencing women's and men's health-related quality of life after five months. *Psychology, Health & Medicine*, 7(1), 5-15.
- Calhoun, C. y Solomon, R.C. (1989). *¿Qué es una emoción? Lecturas clásicas de psicología filosófica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Cassidy, T. (1999). *Stress, cognition and health*. London: Routledge.
- Castaño, C., Menéndez, C. y Palacios, S. (1996). Ten salud para trabajar. En C. Castaño y S. Palacios (Eds.): *Salud, dinero y amor. Cómo viven las mujeres españolas de hoy*. Madrid: Alianza Editorial.
- Claridge, G. (1983). Relaciones psicósomáticas en la enfermedad física. En H J. Eysenck (Ed.): *Manual de psicología anormal*. México: El Manual Moderno.
- Coleman, J.C., Butcher, J.N. y Carson, R.C. (1988). *Psicología de la anormalidad y vida moderna*. México: Trillas.
- Dancey, C.P., Hutton-Young, S.A., Maye, S. y Devins, G.M. (2002). Perceived stigma, illness intrusiveness and quality of life in men and women with irritable bowel syndrome. *Psychology, Health & Medicine*. 7(4), 381-395.
- Dubovsky, S.L. (1985). The psychophysiology of health, illness, and stress. En R. C. Simons (Ed.): *Understanding human behavior in health and illness*. New York: Williams & Wilkins.
- Dunbar, F. (1954). *Emotions and bodily changes*. New York: Columbia University Press.
- Fischer, A. (1998). Emotion. En K. Trew y J. Kremer (Eds.): *Gender and psychology*. London: Arnold.
- Freud, S. (1925/1981). Autobiografía. En S. Freud: *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Holroyd, K.A., Appel, M.A. y Andrasik, F. (1987). Un enfoque cognitivo-conductual de los trastornos psicofisiológicos. En D. Meichenbaum y M.E. Jaremko (Eds.): *Prevención y reducción del estrés*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Hyde, J. S. (1995). *Psicología de la mujer. La otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37.

- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Light, K.C., Turner, J.R. y Hinderliter, A.L. (1992). Job strain and ambulatory work blood pressure in healthy young men and women. *Hypertension*, 20, 214-218.
- Maher, B.A. (1970). *Principios de psicopatología. Un enfoque experimental*. México: McGraw-Hill.
- Mahoney, M.J. (1997). Avances teóricos en las psicoterapias cognitivas y constructivistas. En: M. J. Mahoney [Ed.]. *Psicoterapias cognitivas y constructivistas: teoría, investigación y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Marx, M.H. y Hillix, W.A. (1985). *Sistemas y teorías psicológicos contemporáneos*. México: Paidós.
- Massana R., J. (1983). Ventajas del enfoque depresivo. En M. Valdés, T. Flores, A. Tobeña y J. Massana (Eds.): *Medicina psicosomática. Bases psicológicas y fisiológicas*. México: Trillas.
- Mayer, R.E. (1981). *El futuro de la psicología cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- McManus, I.C. (1992). *Psychology in medicine*. London: Butterworth-Heinemann Ltd.
- Moos, R.H. y Billings, A.G. (1986). Conceptualizing and measuring coping resource and processes. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.): *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*. New York: The Free Press.
- Omar, A.G. (1995). *Stress y coping. Las estrategias de coping y sus interrelaciones con los niveles biológico y psicológico*. Buenos Aires: Lumen.
- Orme, J.E. (1971). *Psychology in medicine*. London: Bailliere Tindal.
- Paludi, M.A. (1998). *The psychology of women*. Chicago, IL: Prentice-Hall.
- Pervin, L.A. (1998). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Piret, R. (1986). *Psicología diferencial de los sexos*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Rodríguez, G. y Rojas, M.E. (Coords.) (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. México: UNAM.
- Sandín, B. (1999). Estrés y salud: factores que intervienen en la relación entre el estrés y la enfermedad física. En J. Buendía (Ed.): *Familia y psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A. y Jiménez, M.P. (1995). Trastornos psicosomáticos. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Comps.): *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sarafino, E.P. (1998). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Stone, S.V., Dembroski, T.M., Costa, P.T. y MacDougall, J.M. (1990). Gender differences in cardiovascular reactivity. *Journal of Behavioral Medicine*, 13(2), 137-156.
- Taylor, S.E. (1999). *Health psychology*. Boston, MA: McGraw-Hill.
- Tobeña P., A. (1983). Ansiedad y trastornos psicofisiológicos. En M. Valdés, T. Flores, A. Tobeña y J. Massana (Eds.): *Medicina psicosomática. Bases psicológicas y fisiológicas*. México: Trillas.
- Van Wersch, A. (1986). Health and illness. En K. Trew y J. Kremer (Eds.): *Gender and psychology*. London: Arnold.
- Witkin-Lanoil, G. (1985). *El estrés de la mujer. Cómo reconocerlo y superarlo*. Barcelona: Grijalbo.

