

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Trabajo Final de Integración

Licenciatura en Psicología

El uso del Millon Behavioral Medicine Diagnostic

(MBMD) en sujetos con enfermedades crónicas y las

diferencias según género

Autor: Paula Canay

ÍNDICE

1. Introducción.....	3
2. Objetivos.....	4
3. Marco teórico.....	4
3. 1. Salud y enfermedad.....	4
3. 1. 1. Enfermedades crónicas.....	7
3. 1. 2. Diferencias de género.....	9
3. 1. 3. Prevención.....	13
3. 2. El rol de los factores psicosociales.....	14
3. 2. 1. Hábitos negativos.....	15
3. 2. 2. Estrés.....	16
3. 2. 3. Indicadores psiquiátricos.....	18
3. 2. 4. Intervenciones psicosociales.....	20
3. 3. El aporte de Theodore Millon.....	22
3. 3. 1. Millon Behavioral Health Inventory.....	23
3. 3. 2. Millon Behavioral Medicine Diagnostic.....	24
4. Métodos.....	26
4. 1. Tipo de estudio.....	26
4. 2. Participantes.....	26
4. 3. Instrumento.....	26
4. 4. Procedimiento.....	28
5. Resultados.....	29
5. 1. Hábitos de salud negativos.....	30
5. 2. Moderadores de estrés.....	31
5. 3. Indicadores psiquiátricos.....	31
6. Conclusión.....	32
Referencias bibliográficas.....	37
Anexo.....	43

1. INTRODUCCIÓN

En la actualidad las enfermedades crónicas son de las primeras causas de muerte de los países desarrollados. El Centro para el Control de Enfermedades Crónicas (2008), determinó que al menos la mitad de las defunciones causadas por estas afecciones se relacionan con comportamientos disfuncionales y estilos de vida poco saludables.

Este alto nivel de población mundial afectada por estas patologías, conlleva por un lado, un aumento de la mortalidad y morbilidad y por otro, un gasto sanitario creciente año tras año. Esta es una de las principales razones, por las que la lucha contra las enfermedades crónicas se ha vuelto un desafío en la política de salud de los países desarrollados, teniendo como objetivo primero aumentar la accesibilidad, la eficacia, reducir los costos de los procedimientos y servicios sanitarios y trabajar en la prevención y promoción de la salud.

Varias investigaciones y estudios, han demostrado que la utilización de intervenciones psicosociales en el tratamiento de estas afecciones crónicas, garantiza una disminución de los costos de salud y a su vez, ofrece herramientas para que el paciente crónico afronte y sobrelleve la enfermedad de mejor modo y así, su tratamiento sea más efectivo.

El Millon Behavioral Medicine Diagnostic (MBMD) es un inventario diseñado por Millon, Antoni, Millon, Meagher y Grossman (2001) que tiene como objetivo brindar al personal sanitario una herramienta capaz de identificar variables psicosociales de los pacientes crónicos y pre o post quirúrgicos, que pueden llegar a ser factores de riesgo en el tratamiento de su enfermedad, ya sean hábitos patógenos, indicadores psiquiátricos, tipo de estrategias de afrontamiento, estilos de personalidad, adhesión al tratamiento, entre otros.

3

Conocer el perfil psicológico de la persona y su estilo de vida, además de su sintomatología física efectiviza los tratamientos, en tanto permite modificar o prevenir comportamientos, pensamientos y emociones poco saludables del paciente (Pelechano, 2008).

En este trabajo se pretende presentar un breve análisis descriptivo –

correlacional, que compara, diferenciando según el género del paciente, las medias de los puntajes finales de las escalas y subescalas clínicas de Hábitos negativos, Indicadores psiquiátricos y Moderadores de estrés, obtenidos a partir de la administración de la versión experimental del MBMD a 20 pacientes crónicos de ambos sexos.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal consiste en:

- Describir el uso del Millon Behavioral Medicine Diagnostic en el tratamiento de pacientes crónicos y su diferencia según género.

Teniendo como objetivos específicos:

- Detallar los hábitos de salud negativos;
- Identificar los tipos de estrategias afrontamiento frente al estrés;
- Y describir posibles indicadores psiquiátricos, presentes en enfermos crónicos y su diferenciación según su género.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Salud y enfermedad

El ser humano, es un organismo vivo que nace, tiene un curso vital y muere. Un ser biopsicosocial que, a lo largo de su vida sufre un conjunto de dificultades, ataques y afecciones, denominados enfermedades o trastornos. Gran parte de éstas llevan consigo consecuencias limitantes y desagradables, tanto para el que las padece como para su entorno.

4

Si bien no existe en la actualidad una definición de salud que sea aceptada por todos los profesionales que trabajan en ella. Se asume por consenso la de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) que la describe como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no tan solo la ausencia de la enfermedad".

Vale destacar que con el tiempo, el concepto de salud se fue ampliando del plano tradicionalmente biológico hacia la inclusión de variables psicosociales que están presentes en todas las sociedades; aunque su significación, ordenamiento y prácticas puedan ser distintas en cada cultura y momentos

históricos (Pelechano, 2008).

En 1974 Marc Lalonde, realizó en Canadá un estudio a gran escala que lo llevó a formular un modelo de salud que aún es tomado como marco de referencia. Este encuadre teórico es conocido como campo de salud y está determinado por una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro divisiones primarias:

- La biología humana, que engloba todos los aspectos que influyen en la salud y tienen su origen en el propio individuo. Dependen de la estructura biológica y la constitución orgánica de la persona. Este determinante, también incluye la dotación genética, los diferentes aparatos internos del organismo y los procesos de crecimiento, maduración y envejecimiento.
- El medio ambiente que incluye todos aquellos factores externos al individuo y sobre los cuales éste, tiene poco o ningún control como son: los alimentos, los cosméticos, los dispositivos o abastecimientos de agua, los campos electromagnéticos, la contaminación del aire y del agua, los ruidos ambientales, los contaminantes biológicos, etc.; así como también los factores psicosociales y socioculturales nocivos.
- El estilo de vida que representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales puede ejercer cierto grado de control, tales como: la alimentación, el ejercicio físico, el consumo de tabaco, alcohol, drogas, entre otros. Son diversos los autores que creen, que éste sería el determinante con mayor influencia sobre la salud.
- La organización de la atención de la salud que consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y sus recursos. Incluye las prácticas de los profesionales de la salud; de los hospitales y de los demás servicios públicos comunitarios y sanitarios. Teniendo en cuenta que el hombre, con su alícuota inicial de genes, atraviesa una vida de complejas transacciones internas y externas, es necesario un modelo teórico que considere como agentes nocivos no solamente los físicos,

químicos o biológicos sino que también incluya el ruido; el estrés ocupacional; la violencia doméstica; la falta de amor parental y los conflictos sexuales, etc. como factores perniciosos para la salud. El concepto de campo de salud es el encuadre teórico que permite hacer un análisis biopsicosocial del estado de salud o de enfermedad. Exigiendo no sólo el examen del estilo de vida y de elementos ambientales y biológicos, sino también el de la organización de los servicios de salud (Lalonde, 1996).

A nivel funcional el ser humano se encuentra constituido por distintos sistemas, desde bioquímicos hasta simbólicos, que tienen un desarrollo "normal" cuando se dan dentro de ciertos valores, parámetros y constantes. Si su funcionamiento sobrepasa alguno de estos límites: surge la enfermedad, perturbando el funcionamiento de uno o más sistemas (León Rubio, Medina Anzano, Barriga Jiménez, Ballesteros Regaña & Herrera Sánchez, 2004).

A nivel social, podría aceptarse como factor común, que las prácticas de salud se activan siempre que hayan enfermos, que éstos o sus allegados los identifiquen y a partir de aquí, el uso de los servicios sanitarios (Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez & Pérez Álvarez, 2003).

Mientras que a nivel simbólico, el concepto de enfermedad representa, para quienes gozan de cierto nivel de salud, un aspecto parcial y hasta poco

6

relevante en la vida cotidiana; compartiendo la idea de que lo "normal" es estar sano y bien (Pelechano, 2008).

Sin embargo, en términos estadísticos, la OMS (2008) afirma que la experiencia de la enfermedad resulta mucho más frecuente de lo que se cree. En los países desarrollados, se estima que casi la mitad de la población adulta sufre de alguna enfermedad crónica, ya sea transmisible o no.

3.1.1. Enfermedades crónicas

Durante gran parte de la historia las enfermedades infectocontagiosas han tenido los niveles más altos de morbilidad y mortalidad mundial. Ciertos avances como la teoría microbiológica, la vacunación y el establecimiento de hospitales, entre otros, permitió progresivamente disminuir su incidencia. Fue así que a partir de la década del '70, las enfermedades crónicas fueron

cobrando protagonismo, sobretodo en los países desarrollados (Ashton & Seymour, 1990).

Una patología comienza a considerarse crónica cuando su permanencia supera los tres meses; y se suele caracterizar por su lenta progresión, un desarrollo poco previsible y dada su condición de irreversibilidad: su larga duración. Desde una perspectiva epidemiológica, se agregaría, su particular alta prevalencia (OMS, 1979).

Pelechano (2008) considera que este tipo de afecciones varían desde las relativamente benignas: como un ojo vago; hasta las más graves como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. A su vez, muchos de estos cuadros tienen un futuro incierto y difícil como el HIV; mientras que otros pueden ser progresivamente discapacitantes: como la pérdida de la visión; o bien no se pueden predecir: como la esclerosis múltiple.

En la actualidad las enfermedades crónicas ocupan los primeros lugares entre las causas de morbilidad y mortalidad en todos los países desarrollados.

7

Aquellas con mayor prevalencia en los países industrializados y responsables del 60% de las muertes anuales son: el cáncer; la diabetes y las enfermedades respiratorias y cardiovasculares. También se destacan en menor proporción, pero no por ello menos devastadoras: el asma; el HIV+; la tuberculosis y las enfermedades neurológicas (Millon et al., 2001; OMS, 2008; OMS 2009).

Entre los factores de riesgo que causan estas elevadas tasas de mortalidad, se encuentra los estilos de vida patógenos, ya sea a partir del consumo de tabaco, alcohol, dietas grasas y/o un medio ambiente patógeno. También actúan como determinantes la herencia genética, altos niveles de estrés y en muchos casos: la presencia previa de una enfermedad (Gil-Róales, 2004; OMS, 2008).

A pesar que la sociedad actual, tecnológica y científicamente avanzada promete una gama de soluciones para muchos padecimientos físicos; vale destacar que gran parte de las personas con afecciones crónicas, no encuentran mejoría y, lo que es peor, muchos de estos casos empeoran. La OMS (2008) determina que gran parte de estos fracasos, se deben a factores psicológicos y comportamentales, relacionados con aprendizajes erróneos que conllevan a

hábitos poco saludables que no suelen modificarse, aún tras la diagnosis. El ser diagnosticado con una enfermedad crónica conlleva necesariamente un proceso de adaptación por el cual, el sujeto pasa por diferentes etapas que suscitan una serie de emociones comúnmente negativas tales como la negación, el miedo, la ira, la ansiedad y la depresión. Por ello, resulta clave durante este proceso fomentar no solo el cambio de hábitos, sino también el desarrollo de estrategias de afrontamiento correctas ante estas emociones y pensamientos disfuncionales (Gil Roales, 2004; Oblitas Guadalupe, 2006). Lo deseable, es que desde los comienzos del tratamiento el paciente crónico cuente con recursos suficientes como para alcanzar una óptima adaptación, que le permita alcanzar el máximo posible de autonomía; desarrollando un ajuste planificado y diseñado, con apoyo técnico y familiar, de tal forma que el individuo pueda alcanzar un buen auto cuidado. Esto implica que aprenda a

8

tomar decisiones y acometer acciones con el fin de mejorar su salud personal, física y emocional; y a la vez, reducir los factores de riesgo de enfermedad (Polaino Lorente, 1997).

Una enfermedad crónica con una evolución natural o con una intervención o tratamiento inadecuado acarrea graves secuelas psicológicas, físicas y sociales para quién la padece. Otorgando una mayor o menor capacidad de autonomía funcional, lo cierto es que esta condición de cronicidad, tiende a desarrollar en la psicología del individuo un sentido de fragilidad e inseguridad acerca de su funcionamiento corporal y mental; una consecuente pérdida de su auto imagen y frecuentes ideas y pensamientos en torno a la muerte; además de una fuerte sensación de discapacidad generalizada que le impide retomar su ritmo de vida previo, ya sea en forma parcial o total. Éstas y otras características psicológicas del paciente crónico tienden a entorpecer, limitar y empeorar el curso del tratamiento de su enfermedad (Pelechano, 2008; Amigo Vásquez et al., 2003). Además de las secuelas emocionales; físicamente estas patologías destruyen de forma progresiva los tejidos del o de los órganos que dañan; pudiéndose complicar severamente y desencadenar otro tipo de enfermedades. Requiriendo así, de un control médico sistemático, un consumo permanente de fármacos y

la realización de estudios de control, así como de terapias. Por esto y porque un paciente crónico puede llegar a vivir varios años, los gastos de su enfermedad son descomunales. Representando, por un lado, una carga para su familia (tanto desde el punto de vista financiero como desde la perspectiva de su incapacidad y dependencia) y por otra parte, un alto costo para el sistema de salud y así, para la sociedad (Pelechano, 2008).

3.1.2. Diferencias de género

La salud de las mujeres y de los hombres es diferente en tanto existen factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma distinta tanto en la salud como en la enfermedad; y es a su vez desigual, por factores sociales que son explicados a partir del género. Estos

9

determinantes hacen referencia al significado social de la diferencia biológica entre los sexos. El objeto de interés en materia de género no son la mujer o el hombre, sino las relaciones de desigualdad social entre ellos y el impacto que esto implica sobre la vida de ambos (Rohlf, 2007; Gómez, 2001).

Si bien las mujeres gozan de una esperanza de vida de seis a ocho años más que la de los hombres, presentan mayor morbilidad de afecciones crónicas, más número de ingresos hospitalarios y una peor percepción de la salud (OMS, 2009). Según Rohlf, Borrell y Fonseca (2000) estas desigualdades y diferencias presentes entre uno y otro género, se explican tanto por factores biológicos como sociales; destacándose entre éstos, los patrones de socialización, los roles familiares, las expectativas laborales y los tipos de ocupación que, entre otros, son los que generan con frecuencia situaciones de sobrecarga física y emocional en las mujeres y que tienen una marcada influencia en su salud.

Es importante destacar que históricamente, los estudios epidemiológicos se centraban únicamente en la población masculina anglosajona. El patrón básico era el de un hombre blanco de 1,75 m. de altura, 35 años y complexión fuerte. Las generalizaciones hechas a partir de esto han servido para disminuir y "enmascarar" las desigualdades en salud y crear a su vez, un vacío de conocimiento respecto a los problemas de salud del género femenino (Rohlf, 1998; Brugulat, Séculi & Fusté, 2001).

Es a partir de los años `70, cuando comienzan los estudios sobre la salud de la mujer, centrándose en su fisiología reproductiva.

Si bien en la actualidad, los estudios de las desigualdades de género en la salud han ido ganando espacio en las publicaciones científicas; los servicios de salud tienen una oferta limitada a las necesidades de la mujer, que se centra mayoritariamente en la atención durante el embarazo (OMS, 2009)

Por su parte, los resultados obtenidos en un estudio realizado en Cataluña sobre estado de salud y género; permiten afirmar que con excepción del

10

ingreso por parto, puerperio y complicaciones del embarazo; las hospitalizaciones son más frecuentes en hombres en todos los grupos de edad.

Destacándose como primer causa de ingreso las enfermedades del aparato digestivo, seguidas de las del circulatorio y las del respiratorio.

Por su parte las mujeres, utilizan más los servicios de atención primaria en dónde son atendidas más frecuentemente por hipertensión arterial, infecciones respiratorias, artrosis y depresión (Brugulat, Séculi & Fusté, 2001).

En cuanto a las tasas de mortalidad, la OMS (2009) asegura que el HIV, las complicaciones durante el embarazo y la tuberculosis siguen siendo unas de las principales causas de muerte de las mujeres en edad reproductiva mundialmente y mayoritariamente en los países pobres. No obstante a medida que la mujer envejece, las enfermedades crónicas no transmisibles pasan a ser en los países desarrollados, las principales causas de defunción y discapacidad, particularmente después de los 45 años.

Es interesante destacar que en todo el mundo los ataques cardíacos son, con frecuencia, considerados problemas "masculinos", puesto que su incidencia aumenta progresivamente en los hombres con el paso de los años; sin embargo: estas afecciones son la principal causa de muerte del sexo femenino.

Al parecer, como las mujeres suelen presentar síntomas diferentes que los hombres, las cardiopatías muchas veces no son diagnosticadas correctamente por los profesionales (OMS, 2009; Brugulat, Séculi & Fusté, 2001).

Según el Registro de Cáncer de Tarragona, el cáncer de pulmón, próstata y el de vejiga urinaria son los más frecuentes entre los varones; mientras que el de

mamas, útero y colon son los de mayor incidencia entre las mujeres (Brugulat, Séculi & Fusté, 2001).

La evolución de la mujer en el hábito de fumar fue, como en tantos otros aspectos, diferente y más tardía que la de los hombres. Si bien durante la década del `40 estaba "mal visto" que ellas fumasen; importantes cambios

11

sociológicos que se sucedieron durante las décadas del `50, `60 y `70, como la incorporación al mundo laboral y los movimientos de emancipación e igualdad, fueron los que, de alguna manera, propiciaron la introducción de las mujeres a dicho hábito.

En la actualidad, estas consecuencias comienzan a ser devastadoras. Fumar mata aproximadamente a medio millón de mujeres cada año y es la causa evitable más importante de muerte prematura de las mujeres en la mayoría de los países desarrollados (Becoña & Vázquez, 2000; OMS, 2008).

Rohlfs et al. (2004), sostiene que si el consumo de tabaco continúa incrementándose en las mujeres, las tasas de mortalidad y morbilidad asociadas a este hábito serán en 10 años más significativas que la de los hombres.

Por su parte, la obesidad y el sedentarismo son factores de riesgo que también se asocian en su mayoría al sexo femenino, por un lado por sus determinantes biológicos: su constitución física y hormonal y por otro, por la socialización, que estimula más la práctica de ejercicio físico entre los varones (Rohlfs, 2004).

Según el último informe realizado por la OMS el pasado año, gran parte de los servicios ofrecidos en atención sanitaria están a cargo de mujeres, y sin embargo, es ese mismo sistema de atención el que aún no aborda las necesidades y los problemas específicos del género femenino. En la mayoría de las sociedades actuales los hombres aún ejercen el control político, social y económico. El sector de la salud no permanece ajeno a ello y son estas desiguales relaciones de poder que se traducen en una desigualdad de acceso a la atención de salud.

Al respecto, la directora general de la OMS, Margaret Chan pidió una acción urgente para mejorar la salud y la vida de las mujeres de todo el mundo., asegurando que estas desigualdades deben de terminar: "(...) No veremos

progresos significativos mientras las mujeres sigan siendo consideradas ciudadanas de segunda clase en tantas partes del mundo” (OMS, 2009).

12

Si bien aun hay mucho por trabajar para terminar con estas desigualdades sociales; vale la pena destacar que ya se trate de uno u otro género, la frecuencia de las patologías crónicas y todas las consecuencias que acarrear consigo, tanto de índole material como personal; sugieren también comenzar a prestar atención a la prevención y promoción, desde una perspectiva sanitaria, psicológica, social y educativa (Pelechano, 2008).

3.1.3. Prevención

Durante las dos últimas décadas, se hizo evidente en los países desarrollados que las enfermedades crónicas afectarían progresivamente a millones de personas, significando importantes gastos para sus gobiernos y convirtiéndose en el mayor desafío de su política sanitaria.

Varios estudios e investigaciones demostraron los beneficios de la prevención, en tanto permite reducir la mortalidad y la morbilidad de enfermedades crónicas, además de disminuir los gastos sanitarios (Woolf, 1999).

Según Leavell y Clark (1965), la prevención primaria implica la inhibición del desarrollo de la enfermedad antes que ocurra. Es el período de prepatogénesis, y los objetivos de esta prevención serían: mejorar el nivel general de la salud y procurar medidas de protección específicas.

Mientras que la prevención secundaria se basa en el diagnóstico temprano, realizado mediante exámenes clínicos y el posterior tratamiento de dicha enfermedad; la prevención terciaria consiste en la rehabilitación del funcionamiento adecuado, una vez que la enfermedad ya se ha manifestado con una consecuencia residual. Su objetivo consiste, por tanto, en evitar la discapacidad total.

Una de las características de las enfermedades crónicas, según la OMS (2008) es que son prevenibles tanto a nivel primario: mediante la modificación de factores de riesgo; como a nivel secundario: a partir de su detección precoz.

13

De hecho, de poder prevenirse los factores de riesgo, se podría disminuir por lo

menos un 80% de las enfermedades cardiovasculares, los episodios cerebrovasculares y la diabetes y en un 40%, los casos de cáncer. Vastas investigaciones han revelado que los métodos de prevención primaria reducen significativamente la mortalidad y generan un costo menor para el sistema de salud, en comparación con las técnicas de prevención secundaria. Por ejemplo, se observó en un grupo de mujeres con cáncer de mamas que, terapias para dejar de fumar, la realización de actividades físicas y una dieta balanceada, entre otros, reducen de forma importante el número de muertes; en contraste con técnicas como la mamografía (Millon et al., 2001).

Como se verá en el siguiente capítulo, existe un conjunto de variables psicosociales asociadas por un lado a la preservación de la salud (prevención primaria) y por otro al ajuste de la enfermedad y del tratamiento (prevención secundaria y terciaria); las cuales se agrupan en dominios que incluyen: los hábitos patógenos; la valoración cognitiva; las estrategias de afrontamiento; los recursos sociales y el contexto.

La influencia de estas variables en la preservación de la salud se asocia a la necesidad de compromiso del paciente crónico con el tratamiento, sobretudo en lo que respecta al cambio de hábitos negativos. Por otra parte, el impacto de los factores psicosociales sobre el ajuste a la enfermedad y su posterior curso, depende de los recursos de afrontamiento, el soporte social, su contexto, la existencia de indicadores psiquiátricos y finalmente la respuesta biológica.

3.2. El rol de los factores psicosociales

Durante la década del `90, los costos de enfermedades crónicas en los Estados Unidos, sobrepasaron los 500 billones de dólares anuales. En 1992, los gastos totales del sistema de salud americano superaron los 838 billones de dólares (U.S Department of Health and Human Services, 1992). Lo más alarmante de estos datos sucedió cuando en 1994, el National Institutes of Health (NIH) reveló que el 20% de ese dinero fue invertido en procedimientos innecesarios. Y propuso que este abuso podría disminuirse hasta un 56%, a partir de

14

intervenciones psicosociales, educacionales y comportamentales. De este reporte se destaca que:

- Brindar recursos psicosociales es más efectivo y menos costoso que las intervenciones médicas y/o quirúrgicas.
- El aumento del sentido de control y el optimismo de un paciente pueden mejorar su salud y reducir los gastos de su enfermedad.
- La necesidad que una parte sustancial del presupuesto sanitario se destine a tratamientos y terapias psicológicas, sociales, educativas orientadas hacia la prevención.

3.2.1. Hábitos negativos

Son muchos los tipos de comportamiento patógenos, relacionados al estilo de vida de pacientes crónicos, que juegan un rol importante en lo que respecta a la preservación de la salud, la aparición y continuidad de la enfermedad y también al ajuste del tratamiento.

Entre estos hábitos negativos se incluyen: una dieta cargada en grasas (Brownell & Wadden, 1992); escasa actividad física (Dubbert, 1992); y el uso y abuso de: alcohol (Vaillant, Schnurr, Baron & Gerber, 1991); drogas (National Institute of Drug Abuse, 1990); tabaco (Epstein & Perkins, 1988) y cafeína (Lovallo et al., 1996).

A su vez, pacientes crónicos con escasos recursos de afrontamiento y/o pobre soporte social, están asociados a una mayor frecuencia de consumo de tabaco y drogas determinando así, un peor pronóstico de la enfermedad y un mal ajuste al tratamiento (Duberstein, Cownell & Caine, 1993).

Diversos estudios revelan que las variables psicosociales que podrían estar asociadas con la adopción y el mantenimiento de estos comportamientos poco saludables son:

- Una percepción incorrecta sobre la capacidad de control; gran susceptibilidad frente a la enfermedad; una visión pesimista del futuro y

15
poca confianza en la eficacia personal para hacer posible el cambio de hábitos (McCann et al., 1995).

- Un pobre repertorio de estrategias de afrontamiento para lidiar con las resistencias internas y externas que perpetúan el o los comportamiento/s patógeno/s (Millon et al., 2001).

- Escasos recursos sociales, económicos, familiares y/o espirituales que permitan alcanzar un soporte emocional y tangible para lograr el cambio de hábito (Wallston, Alagna, De Vellis & De Vellis, 1983).
- Un contexto generalmente estresante, que dificulta bastante dicha transición (Millon et al., 2001).

En consecuencia los sujetos con baja autoestima; que son indiferentes al cuidado de su salud; que poseen una valoración pobre acerca de su sentido de control; que mantienen una visión pesimista sobre el futuro; que cuentan con escasas estrategias para lidiar frente a las resistencias que les surgen; que poseen pocos recursos para obtener el apoyo emocional necesario y/o que suelen vivir en ambientes estresantes: estarían más propensos a continuar con sus hábitos negativos y presentar gran dificultad en el proceso de cambio de los mismos (Millon et al., 2001).

De aquí que, identificar la población de enfermos crónicos con alto riesgo de hábitos patógenos y proveerles de intervenciones psicosociales adecuadas, se ha convertido durante las dos últimas décadas en uno de los principales objetivos de los psicólogos de la salud, en tanto la comunidad sanitaria se encuentra en la dirección de las prácticas preventivas (Schneiderman, Antoni, Saab & Ironson, 2001).

3.2.2. Estrés

El ser diagnosticado con una enfermedad crónica representa una experiencia estresante, pero ciertamente no es la única. Éstas, pueden abarcar desde el nacimiento de un hijo; problemas con la pareja; mudanzas; la pérdida del empleo; guerras y desastres naturales. Este tipo de vivencias, entre otras, han

16
sido relacionados con la aparición de síntomas mentales y físicos, además de importantes crisis psicológicas (Cohen, Tyrell & Smith 1991; Ironson, 1997).

La percepción que tenga un sujeto sobre su capacidad para poder afrontar una situación estresante, determina los distintos tipos de cambios psicológicos y en consecuencia, las diferentes respuestas neurológicas, endocrinas e inmunológicas que pueda experimentar (McEwen, 1998).

La valoración cognitiva y el soporte social adecuados son de los principales

factores psicosociales que permiten moderar la influencia de los estresores sobre la salud (Bandura et al., 1985). Por ejemplo, según Burgess, Morris y Pettingale (1988) una actitud positiva, activa y la percepción de poder controlar la situación estresante son predictores de un buen ajuste psicológico en pacientes con cáncer.

De hecho, varias investigaciones afirman que: mantener una actitud optimista aceptar la realidad del diagnóstico y contar con recursos sociales y espirituales predicen menos dolor y angustia en los meses posteriores al diagnóstico de una enfermedad crónica (Carver et al., 1993; Woods & Ironson, 1999).

Algunos de los factores que suelen mitigar las emociones, pensamientos y reacciones que surgen tras el diagnóstico de una enfermedad crónica o durante su tratamiento; son bastante similares a los mencionados en el apartado anterior. Estos son (Millon et al., 2001):

- La valoración cognitiva (la interpretación que se le al diagnóstico y al tratamiento; la visión del futuro; el autoestima; etc.).
- El repertorio de estrategias de afrontamiento (la espiritualidad; la aceptación; la negación¹; el rendirse o el enfrentar activamente a la enfermedad).

¹ Meyerowitz (1980) afirma que la negación es una de las primeras reacciones habituales y necesarias dentro del proceso de adaptación a una enfermedad crónica; como también lo son la ira y el miedo.

17

- Los factores contextuales (el haber enfrentado una enfermedad previa; los ambientes y situaciones estresantes con las que este conviviendo; etc.).
- El soporte social (económico; laboral; familiar y emocional).

Y este último, se destaca sobre los demás factores, en tanto brinda al enfermo crónico, la posibilidad de expresar sus emociones y pensamientos; le ofrece sentido de pertenencia y por otra parte, el percibirse querido y cuidado permite aumentar el autoestima, además de mejorar su percepción de control frente al

evento estresante (Zuckerman & Antoni, 1995).

El apoyo emocional puede llegar a ser muy beneficioso y, por el contrario muy ofensivo en el caso que el paciente no cuente con éste. Mientras que hay evidencias que revelan que este sostén, suele ser más útil cuando es ofrecido por sujetos que están viviendo la misma situación (Wortman & Lehman, 1985). Si bien los estudios en torno a la vida espiritual de enfermos crónicos son bastante recientes, existe una tendencia creciente a incorporar terapias espirituales en numerosos tratamientos. Holland et al. (1999) estudió 117 pacientes con cáncer y encontró que aquellos pacientes con creencias religiosas y/o espirituales enfrentan la enfermedad más positivamente, desarrollando beneficiosos recursos que les permiten mejorar su salud. También estos factores fueron asociados a pacientes con una menor incidencia de indicadores psiquiátricos.

3.2.3. Indicadores psiquiátricos

Por su parte, las alteraciones psiquiátricas más frecuentes tras el diagnóstico de una enfermedad crónica, o bien, durante su tratamiento son: la ansiedad y la depresión (Taylor & Aspinwall, 1990). Además de la carga emocional que provocan estos trastornos, es importante destacar que ambos suelen actuar como obstáculos para lograr la adaptación necesaria del paciente crónico; ya sea con falta de compromiso hacia su tratamiento o bien para alcanzar su estado premórbido físico, mental y de funcionamiento interpersonal (Bremer, 1995).

18

Hay evidencia que demuestra que las características psicosociales asociadas a las respuestas emocionales inmediatas del paciente tras haber sido diagnosticada la enfermedad; permiten predecir las manifestaciones psicológicas y psiquiátricas que puedan surgir durante el tratamiento (Millon et al., 2001).

Ciertamente la gravedad de los síntomas de ansiedad de los pacientes crónicos, varían en función de la enfermedad diagnosticada, las características de su personalidad y el historial psiquiátrico, entre otros. De hecho, es habitual que el diagnóstico reciente de cáncer, provoque emociones intensas, negativas y

dolorosas (Derogatis et al. 1983); sin embargo no por ello se originan síntomas psiquiátricos; con excepción de aquellos pacientes que padecían algún trastorno previo (Psychological Aspects of Breast Cancer Study Group, 1987).

Las resistencias que genera el diagnóstico crónico suelen variar según la enfermedad, el género y la etnia (Anderson et al., 1985). Un ejemplo de diferencia de género, es el caso de las mujeres con cáncer de mamas, quiénes tienen como ideas más recurrentes: la posibilidad de que reaparezca el cáncer; no ver crecer a sus hijos y la pérdida del deseo sexual. Mientras que en los hombres con cáncer de próstata, estas ideas giran en torno a: preservar su funcionamiento sexual; reducir el dolor; detener el avance de la enfermedad y no morir (Spencer et al., 1999).

Por otra parte, la frecuencia de síntomas depresivos en enfermos crónicos es bastante alta. Al respecto, Kimerling, Ouimette, Cronkite & Moos (1999) afirman que un 36% de estos pacientes sufren episodios de depresión mayor.

Existe una gran prevalencia de desórdenes afectivos del Eje I en hombres con HIV+. Así lo demuestra la tasa de suicidios de esta población, la cual es, según Kizer, Green & Perkins (1988), 40 veces mayor a la de hombres de su misma edad en población general.

Mientras que algunos autores consideran que el riesgo mayor de depresión se da al inicio del diagnóstico (Cassileth et al., 1984); otros como Baum (1994),

19
revelan que los síntomas depresivos suelen aumentar cuando el paciente es capaz de procesar la información del diagnóstico y comprender las limitaciones que conllevaría la enfermedad en su vida.

De todo esto, se desprende la importancia sustancial de identificar a tiempo la presencia de desórdenes o alteraciones psicológicas y/o psiquiátricas, con el fin de alcanzar intervenciones y tratamientos más efectivos y en consecuencia mejorar la calidad de vida del paciente crónico.

3.2.4. Intervenciones psicosociales

El conocimiento de la presencia de hábitos negativos e indicadores psiquiátricos y psicológicos (alteraciones emocionales y cognitivas, pobres estrategias de afrontamiento, la falta de soporte social y espiritual; y la convivencia en un

ambiente patógeno) determinan el modo en el que el paciente crónico se ajustará al diagnóstico de la enfermedad crónica y a las demandas del tratamiento.

Fawzy et al. (1993) han subrayado la necesidad de identificar al inicio del diagnóstico, aquella población de pacientes crónicos que podría beneficiarse de las intervenciones psicosociales, para lograr modificar aspectos psicológicos y comportamentales que lo llevarían al fracaso del tratamiento.

Schneiderman et al. (2001) han encontrado que pacientes con similar diagnóstico y tratamiento médico clínico, muestran variaciones físicas y psicológicas durante el proceso de su enfermedad. Y señalan que esta diferencia puede predecirse teniendo en cuenta si han participado o no de terapias psicológicas, sociales y/o educativas.

Chesney, Folkman & Chambers (1996) han demostrado que entrenamientos para disminuir el estrés dirigidos a pacientes masculinos con HIV+, reducen el dolor, la ansiedad y la depresión.

20

Varias terapias cognitivo conductuales han revelado resultados beneficios en la modificación de la valoración cognitiva, en tanto ofrece mejores y más recursos de afrontamiento; brinda apoyo social y emocional en los pacientes que cuentan con un escaso sostén (Antoni, Baggett et al., 1991) y también ayudan a reducir los niveles de ansiedad y depresión (Cruess et al., 2002).

Intervenciones grupales para fomentar el soporte social entre paciente crónicos son muy utilizadas para reducir los niveles de depresión. Como lo afirman Wortman & Lehman (1985), el apoyo emocional tiende a ser más importante cuando se da entre personas que viven una situación similar.

Pacientes con HIV+ que recibieron durante un período de 10 días una terapia destinada a expresar emociones (ESGT), lograron reducir sus sentimientos e ideas depresivas según revela Goodkin et al. (1996).

Las intervenciones psicosociales dirigidas a pacientes con cáncer, han logrado resultados exitosos; sobretodo las destinadas al control emocional y del estrés (Trijsburg, van Knippenberg & Rijpma, 1992). El National Comprehensive Cancer Network (NCCN) ha propuesto un tratamiento dirigido a pacientes con

cáncer que incluye soporte psicológico, social y espiritual y que debe de comenzar a partir del diagnóstico. Revela que este tipo de ayuda beneficiará la comunicación entre médico y paciente, además de su adhesión al tratamiento y la disminución de variables como el estrés, la ansiedad y depresión.

Extensa información muestra que las intervenciones psicosociales de prevención de hábitos patógenos, aplicadas a los enfermos crónicos son más efectivas y menos costosas que las médicas. Numerosos estudios señalan que la aplicación de este tipo de intervenciones permite reducir los costos del servicio sanitario (Brown & Schulberg, 1995; Simon & Katzelnick, 1997). Los estudios de Pallak, Cummings, Dorken & Henke (1994), revelaron que las intervenciones psicoeducacionales, que informan sobre los hábitos de salud negativos y sus consecuencias, reducen los costos sanitarios en un 21%.

21

La importante asociación existente entre los factores psicosociales y la preservación de la salud, la prevención de la enfermedad, la reducción del costo de los servicios sanitarios y el éxito de los tratamientos; ha llevado a que las intervenciones, que son efectivas en el manejo y control de estas variables psicológicas, sociales, comportamentales y emocionales hayan ganado terreno en el ámbito de la salud.

Millon et al. (2001) promueven la administración de intervenciones psicosociales desde la atención primaria, en tanto, posibilitan un diagnóstico integral, que añaden al plano biológico: aspectos psicológicos, sociales, emocionales y comportamentales.

El importante rol que desempeñan las evaluaciones biopsicosociales durante este proceso, diseñadas para identificar las características relevantes del paciente al inicio del diagnóstico, que favorecen la aparición y el mantenimiento de los cuadros crónicos; evitan la cronificación de la enfermedad y la discapacidad asociada; determinan que sujetos están más necesitados de ayuda; reducen los problemas emocionales, sociales y laborales de los enfermos y su entorno; racionalizan el uso de los recursos sanitarios y diseñan programas de prevención de la discapacidad crónica, entre otros (Pelechano, 2008).

3.3. El aporte de Theodore Millon

El enfoque integrador de este autor se caracteriza por la constante búsqueda de coherencia teórica a partir de principios universales comunes a todas las ciencias. De esta forma, logra integrar diferentes modelos teóricos y distintas perspectivas de intervención como son: los tipos psicológicos de Jung, la sociobiología de Wilson, el proyecto de psicología científica de Freud y la combinación de la teoría evolucionista con la teoría de las diferencias individuales y los rasgos de personalidad de Buss. (Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo, 2007). El *Journal of Personality Assessment* (1999) afirma que "En su forma actual, puede decirse que la teoría de Theodore Millon es la teoría de la personalidad más comprehensiva que se ha desarrollado nunca".

22

Su modelo integrador se refleja también en la construcción de los instrumentos de evaluación: el MIPS como Inventario de Estilos para Personalidad normal (Millon, 1994) - adaptación española de Sánchez, Díaz y Aparicio (2001) - y el MCMI-III como Inventario Clínico Multiaxial (Millon, 1997) – adaptación española de Cardenal y Sánchez (2007). El MAPI (Millon Adolescent Personality Inventory) (Millon, Green y Meagher, 1982a) y el MACI (Millon Adolescent Clinical Inventory) (Millon, 1993). El MBHI (Millon Behavioral Health Inventory) (Millon, Green y Meagher, 1982b) y el MBMD (Millon Behavioral Medicine Diagnostic) (Millon, Antoni, Millon y Davis, 2001).

Durante los últimos veinte años, vastas investigaciones buscaron examinar a partir de numerosos y variados instrumentos psicotécnicos, la asociación entre las características psicológicas de los pacientes y la etiología, curso de la enfermedad y respuestas al tratamiento. Otros, utilizaron las evaluaciones psicológicas para predecir el uso del servicio sanitario, los costos y el potencial ahorro que se obtendría a partir de la implementación de intervenciones psicosociales en atención primaria (Millon et al., 2001). Sin embargo Westhead (1985), destaca que pocas de estas evaluaciones fueron validadas por la población médica. Según Millon et al. (2001), el mayor error que se cometieron en estos estudios es que muchos de los instrumentos utilizados, no fueron diseñados con el objetivo específico y simultáneo de evaluar de forma integral,

las características biopsicosociales y los hábitos patógenos, que juegan un rol importante en la preservación de la salud, en el ajuste de la enfermedad y de su tratamiento.

3.3.1. Millon Behavioral Health Inventory (MBHI)

Como se menciona anteriormente, fue la falta de un instrumento integrador lo que llevo a Millon a desarrollar, entre 1974 y 1983, el MBHI (Millon, Green & Meagher, 1982b); un inventario que permitiría ofrecer información sistemática y

23
sintética sobre las características psicosociales de los pacientes. Una población mixta 2 (clínica y no clínica) sirvió para establecer las normas del inventario. Se trató de un cuestionario de 150 ítems, diseñado para identificar variables psicosociales relacionadas con comportamientos, sentimientos, pensamientos y emociones de pacientes, y sus probables respuestas al tratamiento médico de su enfermedad.

Gran cantidad de investigaciones demostraron la eficacia del MBHI para evaluar la población clínica, incluyendo pacientes con: cáncer (Goldstein & Antoni, 1989); enfermedades renales (Tracy, Green & McCleary, 1987); HIV (Byrnes et al., 1998) y afecciones cardíacas (Coffman & Brandwin, 1999), entre otras. Aún así, seguían existiendo importantes variables que el MBHI era incapaz de identificar, como sean entre otros (Millon et al., 2001):

- Indicadores psiquiátricos que pudieran influir en el ajuste del paciente a su enfermedad y a su tratamiento (como la depresión; la ansiedad; etc.).
- Hábitos negativos (como el uso o abuso de alcohol, drogas, tabaco; la inactividad; etc.).
- Estilo de comunicación y habilidades sociales.

Ciertamente agregar esta información al diagnóstico psicosocial permitiría hacer aun más integral la diagnosis del paciente y ofrecería al personal sanitario la posibilidad de brindar un tratamiento más ajustado y con más probabilidades de conseguir mejores resultados. Con el conocimiento de estas necesidades, Millon y colaboradores comienzan a diseñar un nuevo inventario.

3.3.2. Millon Behavioral Medicine Diagnostic (MBMD)

Representa una sustancial evolución del MBHI. Se trata de un cuestionario de

auto administración con 165 ítems y 7 dominios principales: Patrones de respuesta; Hábitos de salud negativos; Indicadores psiquiátricos; Estilos de personalidad; Moderadores de estrés; Pronóstico de tratamiento; y Guía de management.

2 Más tarde, Millon et al. (2001) afirmarían que esta decisión fue un error, ya que condujo a la pérdida de precisión del instrumento.

24

Las variables biopsicosociales que mide este instrumento fueron diseñadas a partir de un exhaustivo trabajo con diversos profesionales de la salud y con una población heterogénea puramente clínica, sobre la base del MBHI y con el objetivo de perfeccionarlo. El resultado de estos aportes, demostró la importancia de identificar las características de poblaciones con enfermedades que han ido en aumento en las últimas dos décadas, como el HIV, los trasplantes de órganos, el Alzheimer, entre otras (Millon et al., 2001).

A su vez, los ítems que miden las variables psicosociales del MBMD, fueron diseñados teniendo en cuenta que los factores psicológicos y comportamentales que influyen en la condición médica de un paciente, pueden incluir desórdenes del Eje I y del Eje II; estrategias de afrontamiento y estilos de personalidad que no necesariamente deben de cumplir los criterios para ser un trastorno mental específico. Pudiendo contener también: hábitos de salud negativos, pensamientos automáticos erróneos y respuestas desadaptativas frente al estrés (Millon et al., 2001).

En el diseño del MBMD, el enfoque biopsicosocial de Millon y colaboradores, permite ofrecer a los profesionales de la salud un instrumento integral, capaz de medir variables biopsicosociales presentes en pacientes clínicos. Como afirma Millon "(...) es nuestro principal objetivo que el inventario MBMD, ayude al personal sanitario a enriquecer su sensibilidad y conocimiento frente a la complejidad de los síntomas clínicos, a partir de una guía que incluya información sobre la experiencia psicológica y social de la enfermedad del paciente" (Millon et al, 2001, p.3).

Recientes estudios han demostrado la eficacia del MBMD para evaluar la

población clínica, incluyendo pacientes con: HIV (Cruess, Minor, Antoni & Millon, 2007); la adherencia al tratamiento de enfermedades cardiovasculares (Cruess et al., 2009) y pacientes pre y post quirúrgicos (Millon, Antoni, Millon & Grossman, 2007).

25

Este inventario integrador facilita al personal sanitario el diseño de tratamientos más ajustados al perfil y necesidades del paciente clínico; obtenido así, una mejora en su calidad de vida, reduciendo la demanda de los servicios sanitarios y, por tanto, generando un gasto menor al sistema de salud (Millon et al., 2001).

En el presente trabajo, se procederá a describir el uso de la versión experimental del MBMD en una población adulta clínica con enfermedades crónicas y su diferenciación según género.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio descriptivo – comparativo.

4.2. Participantes

Se utilizó una muestra no probabilística. La unidad de análisis se compone de 20 pacientes crónicos bajo tratamiento de diabetes, HIV+, cáncer y enfermedades cardiovasculares. La edad promedio de la muestra es de 49,60 (D.S de 15,33); de ambos sexos (10 mujeres y 10 hombres); todos residentes de la provincia de Sevilla, España y cuya participación fue voluntaria.

4.3. Instrumento

Se administró el Millon Behavioral Medicine Diagnostic en su versión experimental adaptada al español (ver anexo).

Se trata de un inventario autoadministrable, diseñado para el tratamiento de pacientes clínicos, con edades comprendidas entre los 18 y los 85 años.

Se compone de 165 afirmaciones, que pueden ser “verdaderas” ó “falsas”.

Agrupadas en 7 dominios generales (que incluyen 38 escalas):

26

1. Patrones de respuesta: incluye un indicador de validez y tres escalas (X, Y y Z) que miden distorsiones que afectan la fiabilidad del resultado.
2. Hábitos de salud negativos: evalúa el estilo de vida como: poco, medio o muy problemático (escalas N, O, P, Q, R y S)
3. Indicadores psiquiátricos: analiza el perfil psicológico (escalas AA, BB, CC, DD y EE)
4. Estilos de personalidad: describe características cognitivas, comportamentales, interpersonales y emocionales (escalas 1, 2a, 2b, 3, 4, 5, 6, 6b, 7, 8a y 8b)
5. Moderadores de estrés: factores que pueden agravar o amortiguar el impacto del estrés en el curso de la enfermedad (escalas A, B, C, D, E y F)
6. Pronóstico del tratamiento: identifica actitudes y comportamientos que pueden influir durante el tratamiento de la enfermedad (escalas G, H, I, J y K)
7. Guía de management: es un protocolo de intervención sobre las áreas más problemáticas del paciente crónico a tener en cuenta por el personal sanitario (escalas L y M)

El inventario se considera inválido si existe la presencia de uno o más de los siguientes criterios de validación:

- La edad del sujeto es menor de 18 ó mayor de 85 años.
- No hay diferenciación de sexo.
- Más de 11 ítems no tienen respuesta o poseen doble respuesta.
- El Indicador de validez, lo anula.

Para obtener los puntajes de prevalencia ajustados (puntaje final), se han de realizar varios ajustes:

- El pasaje de los puntajes brutos a los puntajes de prevalencia a partir de los baremos diferenciados según género.

27

- Los puntajes brutos de las escalas X, Y y Z, ajustan a los puntajes de

prevalencia de las escalas AA y EE de los Indicadores psiquiátricos, A de los Moderadores de estrés y la escala M de la Guía de management.

- Puntajes mayores a 60 en las escalas de Moderadores de estrés, ajustan a los puntajes de prevalencia de las escalas 1 y 8b de Estilos de personalidad.
- Y finalmente, los puntajes mayores a 60 en todas las escalas de los dominios: Moderadores de estrés, Indicadores psiquiátricos, Pronóstico de tratamiento y Guía de management, ajustan los puntajes de prevalencia ajustados de las escalas AA y EE de Indicadores psiquiátricos; la escala A de Moderadores de Estrés; la K de Pronóstico del tratamiento y las escalas L y M de la Guía de Management.
- Los puntajes finales obtenidos se denominan: puntajes de prevalencia ajustados.

4.4. Procedimiento

El grupo de investigación sobre estilos psicológicos (EPSY) de la Universidad Complutense de Madrid, a cargo de la Dra. María del Pilar Sánchez López, comenzó en octubre de 2008 la adaptación del MBMD en España. Puesto que aun este proyecto no ha finalizado; cabe destacar que en este trabajo se mantendrán los índices psicométricos originales y se utilizará la primera versión experimental del inventario en español.

Veinte de estos inventarios fueron administrados a una población clínica de ambos sexos, bajo tratamiento de enfermedades crónicas tales como: diabetes, HIV+, cáncer y enfermedades cardiovasculares.

Los resultados obtenidos fueron registrados en una base de datos de Excel para su posterior análisis. Se relevaron los datos pertinentes con el fin de evaluar si existían diferencias de género en los siguientes dominios del inventario:

Indicadores psiquiátricos, Moderadores de estrés y Hábitos de salud y sus subescalas.

Vale destacar que los resultados finales del presente trabajo, fueron obtenidos

28

a partir de los baremos diseñados para la población norteamericana; puesto que el proceso de adaptación del inventario fue interrumpido y aun no se han

adaptado los baremos para la población española.

5. RESULTADOS

Del análisis de los puntajes obtenidos de la muestra conformada por los 20 participantes a los que se le administró la versión experimental del inventario MBMD, se obtuvieron los resultados detallados a continuación.

De la distribución de género del total de la muestra, fue posible observar un 50% (n= 10) correspondiente tanto para el sexo femenino como para el masculino.

Mientras que al dividir la muestra según la edad se obtuvo un 15% (n= 3) en los grupos de edades comprendidos entre los 21 a 30 y entre los 31 a 40 años. Por su parte, se observó un 20% (n= 4) de la muestra con edades comprendidas entre los 41 a 50 años y los 51 a los 60 años; mientras que con un 25% (n= 5) se alcanzó el mayor porcentaje que correspondió al grupo etario que abarca entre los 61 a los 70 años y, finalmente, el menor porcentaje de 5% (n=1) lo obtuvo un participante con una edad comprendida entre los 71 a los 80 años (ver Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de la muestra por edad.

Grupo etario Frecuencia %

21 a 30 3 15

31 a 40 3 15

41 a 50 4 20

51 a 60 4 20

61 a 70 5 25

71 a 80 1 5

Al dividir la muestra según las afecciones crónicas se observó un 25% (n= 5) de enfermos cardiovasculares; un 30% (n= 6) de diabéticos; un 25% (n= 5) de afectados con cáncer y finalmente un 20% (n= 4) de la muestra con HIV+ (ver Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de la muestra por enfermedad crónica.

Enfermedades crónicas Frecuencia %

Cardiovasculares 5 25

29

Diabetes 6 30

Cáncer 5 25

HIV+ 4 20

Sobre los puntajes finales obtenidos se aplicó la prueba T, con el fin de verificar si existían diferencias significativas según el género. De las medias totales de las tres escalas analizadas (Hábitos de salud negativos, Indicadores psiquiátricos y Moderadores de estrés) no es posible afirmar que existan diferencias estadísticamente significativas según el género (ver Tabla 3)

Tabla 3. Análisis de las medias totales de las escalas

ESCALAS GÉNERO N X s T P

Hábitos de salud negativos

Masculino 6 1,02 0,31

Femenino 6 0,85 0,53 0,66 0,52

Indicadores psiquiátricos

Masculino 5 63,58 10,36

Femenino 5 64,68 13,70 - 0,14 0,89

Moderadores de estrés

Masculino 6 69,38 7,09

Femenino 6 71,92 14,20 0,39 0,70

Teniendo en cuenta los objetivos específicos del presente trabajo, se describen a continuación los análisis de las subescalas de cada dominio:

5.1. Hábitos de salud negativos

El primer objetivo específico consiste en detallar los hábitos negativos y sus posibles diferencias según género.

Mientras que del análisis de diferencias en las medias totales de la escala Hábitos de salud negativos se obtuvo un resultado no significativo, $t= 0,66$, $p= 0,52$ (ver tabla 3). Se puede afirmar, que en la subescala Alcohol, sí se obtienen

diferencias estadísticamente significativas según el género. Demostrando que, los hombres de la muestra consumen una mayor cantidad de alcohol que las mujeres ($t= 3,35$, $p= 0,01$). Por su parte, en el resto de subescalas no se dieron diferencias significativas como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 4. Hábitos de salud negativos

HÁBITOS (-) GÉNERO N X S t P

Alcohol

Masculino 10 1 0,94

3,35

0,01

Femenino 10 0 0

Drogas Masculino 10 1 1,05 1,17 0,26

30

Femenino 10 0,5 0,85

Alimentación

Masculino 10 0,7 0,95

Femenino 10 1,2 1,03 -1,13 0,27

Caféina

Masculino 10 0,8 0,92

Femenino 10 0,8 0,79 0 1

Inactividad

Masculino 10 1 0,94

Femenino 10 1,4 0,70 -1,08 0,30

Tabaco

Masculino 10 1,6 0,84

Femenino 10 1,2 1,03 0,95 0,36

5.2. Moderadores Estrés

El segundo objetivo específico del presente trabajo, busca determinar si existen

diferencias de género en las estrategias de afrontamiento frente al estrés. Como se observa en la tabla 3, el análisis de las medias totales de la escala Moderadores de estrés no resultó ser significativo ($t = -0,39$, $p = 0,70$); aun así la subescala de Ausencia espiritual si presentó diferencias en ambos sexos. El género masculino demostró poseer menos creencias religiosas y/o espirituales que el femenino ($t = 2,56$, $p = 0,01$).

En las demás subescalas no se encontraron diferencias significativas, tal como se muestra a continuación:

Tabla 5. Moderadores de estrés

MODERADORES

DE ESTRÉS GÉNERO N X S t P

Aprensión

Masculino 10 59,50 24,97

-2,01

0,06

Femenino 10 79,60 19,44

Déficit funcional

Masculino 10 69,40 22,58

Femenino 10 77,20 34,62 -0,60 0,56

Sensibilidad

Masculino 10 62,70 36,73

Femenino 10 77,80 34,13 -0,95 0,35

Aislamiento

Masculino 10 72,00 19,46

Femenino 10 76,80 33,55 -0,39 0,70

Futuro pesimista

Masculino 10 74,80 25,67

Femenino 10 77,10 31,53 -0,18 0,86

Ausencia espiritual

Masculino 10 77,90 29,21

Femenino 10 43,00 31,77 **2,56** 0,01

5.3. Indicadores psiquiátricos

El tercer y último objetivo específico buscó identificar las posibles diferencias de género existentes en los indicadores psiquiátricos.

Tanto en el análisis de las medias totales de la escala de Indicadores psiquiátricos (ver Tabla 3) como en el de sus subescalas (ver Tabla 6), se

31

puede afirmar que no existen diferencias significativas en las características psiquiátricas de los pacientes crónicos de la muestra estudiada. Pudiendo obtener sólo una tendencia según los resultados que oscilan entre $t < 1,87$ y $t > -0,87$. Aun así, se destaca que la subescala de Defensividad es la que mayor significación a nivel estadístico podría alcanzar ($t= 1,87$, $p= 0,08$).

Tabla 6. Indicadores psiquiátricos

INDICADORES

PSIQUIÁTRICOS GÉNERO N X S t P

Ansiedad

Masculino 10 62,60 30,22 -0,05 0,96

Femenino 10 63,20 25,59

Depresión

Masculino 10 80,80 25,10

Femenino 10 84,70 39,36 -0,26 0,80

Disfunción cognitiva

Masculino 10 52,80 27,45

Femenino 10 59,80 29,54 -0,55 0,59

Labilidad emocional

Masculino 10 61,50 22,19

Femenino 10 68,60 12,99 -0,87 0,39

Defensividad

Masculino 10 60,20 15,61

Femenino 10 47,10 15,79 1,87 0,08

6. CONCLUSIÓN

En octubre de 2008, comienza en la Universidad Complutense de Madrid, bajo la supervisión de la Dra. María del Pilar Sánchez López, la traducción del Millon Behavioral Medicine Diagnostic.

Se trata de una adaptación en donde se han tenido en cuenta las diferencias interculturales, entre el idioma inglés y el castellano; y la cultura norteamericana y la española.

Para no sesgar de entrada el uso del instrumento, hubo que asegurarse que la traducción fuese la adecuada; puesto que de surgir errores en este nivel básico, cualquier medida posterior sería nula. Traducir un inventario, no es una mera cuestión de conocer bien los dos idiomas implicados, es un adaptación mucho más compleja. El objetivo central que ha de guiar este proceso, es que el instrumento mida el mismo constructo de la misma forma, pero ajustándose a las peculiaridades de la nueva población a la que va dirigido.

Para ello, se utilizó la técnica de traducción inversa. Primero se tradujo el MBMD al castellano y luego un traductor norteamericano volvió a traducir esa

32
versión al idioma original; pudiendo así, juzgar el trabajo realizado en función del grado de coincidencia con la versión original.

En enero de 2009, se aprobó la primera versión experimental del cuestionario del MBMD tras obtener un resultado óptimo en la traducción inversa. Sin embargo, el proyecto de adaptación quedó aquí interrumpido.

Cabe mencionar que una traducción correcta es sólo el punto de partida para que un instrumento resulte bien adaptado. A esto, le sigue la comprobación empírica de las propiedades psicométricas: tales como la fiabilidad, validez y estandarización en la población española.

La interrupción del proyecto de adaptación del MBMD, supuso la limitación

central del presente trabajo; que pretende dejar constancia que la administración del cuestionario a una muestra española y el posterior uso de los valores psicométricos originales adaptados a la población norteamericana, significan: **la utilización incorrecta del MBMD y la total invalidez de los resultados obtenidos y por tanto, de su posterior interpretación.**

Habiendo dejado conocimiento de esto, se desarrolla a continuación el análisis y la conclusión de las puntuaciones obtenidas.

El ser diagnosticado con una enfermedad crónica no solo significa un fuerte impacto psicológico en la vida de la persona, sino también en el curso de su enfermedad. En muchas ocasiones, los profesionales de la salud centran todo el problema de la afección en su biología; dejando de lado aspectos tan importantes como el bienestar psicológico, emocional y social del paciente; olvidando que son éstos, los que influyen mayormente tanto en la etiología como en el mantenimiento de la enfermedad (Pelechano, 2008).

La necesidad del trabajo multidisciplinario entre los profesionales de salud es, en estos casos, de suma urgencia. Debiendo centrar su objetivo principal en alcanzar una valoración integral, a partir de un proceso diagnóstico multidimensional del paciente crónico, para así diseñar un tratamiento ajustado

33

al individuo en el que se le facilite el cambio de los hábitos patógenos y el desarrollo de estrategias de afrontamiento correctas ante los miedos, las preocupaciones, los recuerdos negativos, los pensamientos y las sensaciones que pudieran surgir durante el curso de su enfermedad (Oblitas Guadalupe, 2006). Permitiendo con todo esto, optimizar la calidad de vida del paciente de forma global.

El MBMD fue diseñado, con el fin de poder ofrecer al personal sanitario, una evaluación integral de los aspectos biopsicosociales más importantes del paciente crónico y, a su vez, facilitar a aquellos sujetos con alguna enfermedad crónica o pacientes pre/post quirúrgicos a mejorar su calidad de vida.

Si bien se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en algunas subescalas, vale destacar que estas marcarían solo una tendencia teniendo en

cuenta que la muestra es pequeña y que, a su vez, se trata de un grupo heterogéneo con distintas afecciones crónicas.

De los resultados obtenidos del dominio de Hábitos de salud negativos, se puede confirmar una diferencia significativa en lo que respecta al consumo de alcohol; el cual, en la muestra estudiada parece ser mayor en los hombres.

Montero et al. (2004) confirman esta tendencia. En su trabajo, declaran que existe una morbilidad más elevada de cuadros depresivos, ansiosos y fóbicos entre las mujeres; mientras que en los hombres es más frecuente el abuso de alcohol y otras sustancias ilegales.

Lo cierto es que el alcohol es en la actualidad, la sustancia psicoactiva más consumida y con un mayor grado de integración social y cultural en la mayor parte de los países. Es de destacar entre los jóvenes, la masiva incorporación de las mujeres a este hábito. Una encuesta promovida por la OMS en España durante el 2002 reveló que, los hombres (67,1%) consumieron durante ese año más alcohol que las mujeres (43,8%); y la edad que mayor prevalencia tenía (en ambos sexos) era de 18 a 24 años (Sánchez, Navarro y Valderrama, 2002).

34

Estos autores afirman que existen tres tipos de bebedores: los de alta, los de media y los de baja frecuencia. Entre los consumidores de alcohol con mayor frecuencia, se destacan los hombres con un 33,6% frente a un 10,6% entre las mujeres. Entre los consumidores de media frecuencia, que se correspondería con el patrón de consumo lúdico de fin de semana, sobresalen también los hombres con un 21% frente a las mujeres con un 17,4%.

Finalmente en los bebedores de baja frecuencia la diferencia es más leve, aun así vuelven a destacarse los hombres con un 10,3% frente a un 8,8% de las mujeres.

Por otra parte, de los puntajes obtenidos del dominio de Moderadores de estrés también se encuentra una diferencia significativa en la subescala de Ausencia espiritual; la cual confirma que en la muestra analizada, los hombres poseen menos creencias religiosas y/ o espirituales que las mujeres encuestadas.

Conocer esta información es útil a la hora de diseñar un plan de intervenciones psicosociales. Holland et al. (1999) afirma que aquellos pacientes con creencias

religiosas y/o espirituales, enfrentan la enfermedad más positivamente, desarrollando beneficiosos recursos que les permiten mejorar su salud. Una tercera parte de los adultos con afecciones crónicas creen que rezar los ayuda a relajarse y a olvidar el estrés o el dolor provocado por su enfermedad (McCaffrey, Eisenberg, Legedza, Davis & Phillips, 2004).

Por su parte, Falowfield & Jenkins (1999) insisten en la importancia de integrar terapias espirituales, en tanto permiten reducir la ansiedad y la depresión comúnmente presente en los pacientes enfermos.

Finalmente, del análisis del dominio de Indicadores psiquiátricos no se encontraron diferencias de género en las características psicológicas y psiquiátricas de la muestra. Sin embargo, existen vastos que estudios que afirman que si existen estas diferencias entre hombres y mujeres.

35

Por ejemplo, Spencer et al. realizaron en 1999 un estudio en el que se demostró que durante el tratamiento de cáncer, los pensamientos de los pacientes suelen diferenciarse según el género del mismo, siendo que las ideas más recurrentes del sexo femenino giran en torno a no poder ver crecer a sus hijos o que empeore la enfermedad; los pensamientos de los hombres se centran en el miedo a morir o la pérdida de su funcionamiento sexual.

Por su parte, Anderson et al. (1985) afirma que las resistencias que genera el diagnóstico crónico varían según la enfermedad, el género y la etnia.

Si bien en la etiología y el tratamiento de una enfermedad crónica la responsabilidad individual, aunque importante, sólo tiene efecto completo cuando las personas tienen igual acceso a opciones saludables. Es aquí donde los gobiernos juegan un papel central para cambiar el ambiente social, facilitar la igualdad de género al sistema de salud, garantizar una asistencia óptima y promover a que la opción de estilo de vida sano sea la opción más fácil.

Millon et al. (2001) también subrayan la importancia de un trabajo de investigación interdisciplinario dónde se tengan en cuenta análisis epidemiológicos, estudios sobre los servicios de salud, de los costos sanitarios e investigaciones sobre distintos tratamientos aplicados a diferentes poblaciones de enfermos crónicos. De aquí, se extiende la importancia de seguir integrando

investigaciones epidemiológicas a los estudios de los servicios de salud, en tanto permiten identificar las comorbilidades más prevalentes en enfermos crónicos. Y de esta forma, poder desarrollar estrategias de intervención y ofrecer recomendaciones al personal clínico para tener en cuenta durante los distintos tratamientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

36

Amigo Vázquez, I., Fernández Rodríguez, C., Pérez Álvarez, M. (2003). Manual de psicología de la salud. Madrid: Pirámide.

Anderson, K., Bradley, L., Young, L., McDaniel, L. & Wise, C. (1985). Review of psychological factors related to etiology, effects and treatment. *Psychological Bulletin*, 98, 358-357.

Antoni, M., Bagget, L., Ironson, G., August, S., LaPerriere, A., Klimas, N., Schneiderman, N. & Fletcher, M. (1991). Cognitive behavioral stress management intervention buffers distress responses and immunologic changes following notification of HIV+. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 906-915.

Ashton, J. & Seymour, H. (1990). *La nueva salud pública*. Barcelona: Masson.

Bandura, A., Taylor, C., Williams, S., Mefford, I. & Barchas, J. (1985). Catecholamine secretion as a function of perceived coping self efficacy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 406-414.

Baum, A. (1994). Behavioral, biological and environmental interactions in disease processes.

En S. Blumenthal, K. Mathews & S. Weiss (Eds.), *New Research Frontiers in Behavioral Medicine: Proceedings of the National Conference*, 61-69. Washington, DC. Government Printing Office.

Becoña, E. & Vázquez, F. (2000). Las mujeres y el tabaco: características ligadas al género.

Revista Española de Salud Pública, 74, 13 – 23.

Bremer, B. (1995). Absence of control over health and the psychological adjustment to endstage

renal disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 227-233.

Brown, C. & Schulberg, H. (1995). The efficacy of psychosocial treatments in primary care. A

review of randomized clinical trials. *General Hospital Psychiatry*, 17, 414- 424.

Brownell, K. & Wadden, T. (1992). Etiology and treatment to obesity: Understanding a

serious, prevalent and refractory disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 505- 517.

Brugulat, P., Séculi, E. & Fusté, J. (2001). Estado de salud y género en Cataluña. *Gaceta*

Sanitaria, 15, 55 – 60.

Burgess, K., Morris, T. & Pettingale, K. (1988). Psychological response to cancer diagnosis:

evidence for coping styles. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 263-272.

Byrnes, D., Antoni, M., Goodkin, K., Efantis-Potter, J., Asthana, D., Simon, T., Munajj, J.,

Ironson, G. & Fletcher, M. (1998). Stressful events, pessimism cytotoxic/suppressor T

cells in HIV+ black women at risk for cervical cancer. *Psychosomatic Medicine*, 60,

714- 722.

Cardenal, V., Sánchez, M. & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el

modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y Salud*, 18 (3), 305-324.

Carver, C., Pozo, C., Harris, S., Noriega, V., Scheier, M., Robinson, D., Ketcham, A., Moffat, F.

& Clark, K. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early-stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.

37

Cassileth, B., Lusk, E., Strouse, T., Miller, D., Brown, L., Cross, P. & Tenaglia, A. (1984).

Psychosocial status in chronic illness: A comparative analysis of six diagnostic groups.

New England Journal of Medicine, 331, 506-511.

Centers for Disease Control. (1993). *Diabetes Surveillance*. Atlanta, GA. Autor.

Chesney, M., Folkman, S. & Chambers, D. (1996). The impact of a cognitive – behavioral

intervention on coping with HIV disease. *Psychosomatic Medicine*, 58, 86.

Cruess, D., Localio, A., Platt, A., Brensinger, C., Christie, J., Gross, R., Parker, C., Price, M.,

Metlay, J., Cohen, A., Newcomb, C., Strom, B., Kimmel, S. (2009). Patient attitudinal

and behavioral factors associated with Warfarin non-adherence at outpatient anticoagulation clinics. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17, 33 – 42.

Cruess, D., Minor, S., Antoni, M. & Millon, M. (2007). Utility of the Millon Behavioral Medicine

Diagnostic (MBMD) to predict adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) medication regimens among HIV-positive men and women. *Journal of Personality Assessment*, 89, 277 - 290

Coffman, K. & Brandwin, M. (1999). The Millon Behavioral Health Inventory life threat

reactivity scale as a predictor of mortality in patients awaiting heart transplantation.

Psychosomatics, 40, 44 – 49.

Cohen, S., Tyrell, D. & Smith, A. (1991). Psychological stress and susceptibility,
New England

Journal of Medicine, 325, 606- 612.

Cruess, D., Antoni, M., Hayes, A., Penedo, F., Ironson, G., Fletcher, M.,
Lutgendorf, S. &

Schneiderman, N. (2002). Changes in mood and depressive symptoms related
change

processes during cognitive behavioral stress management in HIV infected men.

Cognitive Therapy Research, 26, 373 – 392.

Derogatis, L., Morrow, G., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S.; Schmale, A.,
Henrichs, R. &

Carnickle, C. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer
patients.

Journal of the American Medical Association, 249, 751 – 757.

Dubbert, P. (1992). Exercise in behavioral medicine. Journal of Consulting and
Clinical

Psychology, 60, 613-618.

Duberstein, P., Conwell, Y. & Caine, E. (1993). Interpersonal stressors,
substance abuse and

suicide. Journal of Nervous and Mental Disease, 181(2), 80-85.

Epstein, L. & Perkins, K. (1988). Smoking, stress and coronary heart disease.
Journal of

Consulting and Clinical Psychology, 56, 342 – 349.

Fallowfield, L. & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key
to good cancer

care. European Journal of Cancer, 35, 1592 - 1597

Fawzy, F., Fawzy, N., Hyun, C., Elashoff, R., Guthrie, D., Fahey, J. & Morton, D.
(1993).

Effects of an early structured psychiatric intervention, coping and affective state
on

recurrence and survival six years later. Archives of General Psychiatry, 50, 681-
689.

Gil-Roales, J. (2004). *Psicología de la salud: aproximación histórica conceptual y aplicaciones*.

Madrid: Pirámide.

Gómez Gómez, E. (2001). *Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una*

aproximación empírica. Organización Panamericana de la Salud.

Goldstein, D. & Antoni, M. (1989). The distribution of repressive coping styles among breast

cancer patients as compared to non cancer patients. *Psychology & Health: An International Journal*, 3, 245-258.

Goodkin, K., Tuttle, R., Blaney, N., Feaster, D., Shapshak, P., Burhalter, J., Leeds, B.,

Baldewicz, T., Kumar, M. & Fletcher, M. (1996). A bereavement support group intervention in associated with immunological changes in HIV+ homosexual men.

Psychosomatic Medicine, 58, 83.

Holland, J., Kash, K., Passik, S, Gronert, M., Sison, A, Lederberg, M, Russak, S., Baider, L. &

Fox, B. (1998). A brief spiritual beliefs inventory for use in quality of life research in life

threatening illness. *Psycho – Oncology*, 7(6), 460-469.

Ironson, G., Wynings, C., Schneiderman, N., Baum, A., Rodríguez, M., Greenwood, D.,

Benight, C, Antoni, M. (1997). Posttraumatic stress symptoms, intrusive thoughts,

loss and immune function after Hurricane Andrew. *Psychosomatic Medicine*, 59, 128 –

141.

Kimerling, R., Ouimette, P., Cronkite, R. & Moos, R. (1999). Depression and outpatient

medical utilization: A naturalistic 10 year follow up. *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 317 – 321.

Kizer, K., Green, M. & Perkins, C. (1988). AIDS and suicide in California. *Journal of the American Medical Association*, 260, 1881.

Lalonde, M. (1996). El concepto de Campo de Salud: una perspectiva canadiense. *Promoción de la salud: una antología*, Publicación Científica, 557, 3.

Leavell, H. & Clark, F. (1965). *Preventive medicine for the doctor in his community* (3a edición). New York: Mac Graw Hill.

León Rubio, J.; Medina Anzano, S.; Barriga Jiménez, S.; Ballesteros Regaña, A.; Herrera

Sánchez, I. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Eureka Media.

Lovallo, W., d`Abasi, M., Pincomb, G., Everson, S., Sung, B., Passey, R. & Wilson, M. (1996).

Caffeine and behavioral effects in borderline hypertension Caucasian men, *Health Psychology*, 15, 11-17.

McCaffrey, A., Eisenberg, D., Legedza, A., Davis, R. & Phillips, R. (2004). Prayer for health concerns. *Archives of Internal Medicine*, 164, 858 – 862.

McCann, B., Bovbjerg, V., Brief, D., Turner, C., Follete, W., Dowdy, A & Knopp, R. (1995).

Relationship on self efficacy to cholesterol lowering and dietary. *Annals of Behavioral Medicine*, 17, 221 – 226.

McEwen, B. (1998). Protective and damaging effects on stress mediators. New England

Journal of Medicine, 338, 171 – 179.

Meyerowitz, B. (1980). Psychosocial correlates of breast cancer and its treatments.

Psychological Bulletin, 87, 108- 131.

Millon, T. (2002). Assessment is not enough: The SPA should participate in constructing

a comprehensive clinical science of personality. Journal of Personality Assessment 78

(2), 209-218.

Millon, T., Antoni, M., Millon C., Minor, S. & Grossman, S. (2001). Millon Behavioral Medicine

Diagnostic (2a edición). Minneapolis, MN: NCS Pearson.

Millon T., Antoni M., Millon C., Minor S. & Grossman G.(2007). Manual supplement: bariatric

report. Minneapolis, MN: NCS Pearson.

Millon, T., Green, C. & Meagher, R. (1982b). Millon Behavioral Health Inventory (3a edición).

Minneapolis, MN: NCS Pearson

Montero, I., Aparicio, D., Gómez Beneyto, M., Moreno Kustner, B., Reneses, B., Usall, J.,

Vázquez Barquero, José. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante.

Suplemento Sespas, 2, 175 – 181.

National Institute on Drug Abuse. (1990). Alcohol and health. Rockville, MD: Department of

Health and Human Services.

Oblitas Guadalupe, L. (2006). Psicología de la salud y enfermedades crónicas. Bogotá: Psicom.

OMS (1946). Preámbulo de la Constitución de la OMS. Recuperado el 28 de octubre de 2008.

<http://www.who.int>

OMS (1979). Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año

2000. Ginebra: autor.

OMS (2008). Enfermedades crónicas. Recuperado el 28 de octubre de 2008 de

<http://www.who.int>.

OMS (2008). Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la

estrategia mundial. Ginebra: autor.

OMS (2008). Base de datos estadísticos. Recuperado el 28 de octubre de 2008 de

<http://www.who.int>.

OMS (2009). Informe sobre género y salud. Ginebra: autor.

Pallak, M., Cummings, N., Dorken, H. & Henke, C. (1994). Medical costs, Medicaid, and

managed mental health treatment. *Management Care Questionnaire*, 2, 64- 70.

Pelechano, Vicente (2008). *Enfermedades crónicas y psicología*. Madrid: Klinik

Polaino Lorente, A. (1997). *Educación para la salud*. Barcelona: Herder.

Rohlfs, I. (1998). *La salud de hombres y mujeres en la ciudad de Barcelona*.

Barcelona

Universitat Autònoma: autor.

40

Rohlfs, I. (2007, 8 de marzo). *Género y salud: diferencias y desigualdades*.

Recuperado el 28

de julio de 2010,

de <http://www.raco.cat/index.php/quark/article/viewFile/54973/65434>

Rohlfs, I., Borrell, C. & Fonseca M. (2000). *Género, desigualdades y salud pública:*

conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria*, 14, 60-71.

Rohlfs, I., García, M., Gavaldá, L., Medrano, M.M., Juvinyá, D., Baltasar, A., Taurina, C.,

Faixedas, T., Muñoz, D. (2004). Género y cardiopatía. *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), 55-64

Sánchez Pardo, L., Navarro Botella, J., Valderrama Zurián, J.C., (2002). Género, alcohol y cultura. Alicante: Gráficas Díaz, S.L.

Schneiderman, N., Antoni, M., Saab, P. & Ironson, G. (2001). Health psychology: Behavioral management of chronic disease. *Annual Reviews in Psychology*, 52, 555- 580.

Simon, G. & Katzelnick, D. (1997). Depresión, use of medical service and cost offset effects. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 333- 334.

Spencer, S., Lehman, J., Wynings, C., Arena, P., Carver, C., Antoni, M., Ironson, G. & Love, N. (1999). Concerns about breast cancer and relations to psychological well being in a multi-ethnic sample of early stage patients. *Health Psychology*, 18, 159 – 169.

Taylor, S. & Aspinwall, L. (1990). Psychosocial aspects of chronic illness. En P. Costa & G. VandenBos (Eds.), *Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases and clinical care*. Washington, DC: American Psychological Association.

Tracy, H., Green, C. & McCleary, J. (1987). Noncompliance in hemodialysis patients as measured by the MBHI. *Psychology and Health*, 2, 411 – 412.

Trijsburg, R., van Knippenberg, F. & Rijpma, S. (1992). Effects of psychological treatment on cancer patients: A critical review. *Psychosomatic Medicine*, 54, 489 – 517.

U.S Department of Health and Human Services. (1992). 1992 HCFA statistics. Rockville, MD: autor.

Vaillant, G., Schnurr, P., Baron, J. & Gerber, P. (1991). A prospective study of the effects of

smoking and alcohol abuse on mortality. *Journal of General Internal Medicine*, 6, 299 – 304.

Wallston, B., Alagna, S., De Vellis, B. & De Vellis, R. (1983). Social support and pshysical health. *Health Psychology*, 2, 367 – 391.

Westhead, J. (1985). Frequent attenders of general practice: Medical, psychological and social characteristics. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35, 337 – 340.

Woolf, S. (1999). The need for perspective in evidence based medicine. *Journal of the American Medical Association*, 282, 2358 – 2365

Woods, T. & Ironson, G. (1999). Religion and spirituality in the face of illness: How cancer, cardiac, and HIV patients describe their spirituality/religiosity. *Journal of Health Psychology*, 4, 393 – 412.

41

Wortman, C. & Lehman, D. (1985). Reactions to victims of life crises: Support attempts that fail. In I. Sarason & B. Sarason (Eds.). *Social support: Theory, research and applications* (pp.463 – 489). Dordrecht, Holanda: Martinus Nijhoff.

42

ANEXO

Se incluye la versión experimental adaptada al español del inventario Millon Behavioral Medicine Diagnostic.

Por favor, no escriba en este cuadernillo

Instrucciones para responder al cuestionario:

43

A continuación usted encontrará unas afirmaciones que describen los sentimientos y actitudes que a veces tienen las personas. Lea cada afirmación con cuidado y decida si es verdadera o falsa para usted. Anote su respuesta en la hoja de respuestas aparte.

Trate de ser lo más sincero/a posible.

(Use un lápiz nº 2 y rellene los círculos con una marca fuerte y oscura. Si se equivoca o cambia de parecer, por favor, borre del todo la marca y rellene el círculo correcto)

1. Me siento muy tenso/a cuando pienso en los acontecimientos del día.
2. No soy una persona muy espiritual.
3. Me pongo extremadamente ansioso/a cuando no sé qué me van a hacer en la consulta médica.
4. Soy una persona que tiende a dramatizar.
5. A veces no puedo recordar qué medicamentos tomar ni cuándo tomarlos.
6. A menudo me siento confuso/a acerca de lo que me está pasando.
7. Ya no puedo hacer las cosas que me gustaban en el pasado.
8. Me he sentido triste durante la mayor parte de mi vida.
9. La idea de quedarme solo/a me asusta mucho.
10. A veces me tomo medicamentos que fueron recetados a otras personas por si me ayudaran.
11. Ojalá los demás me aceptaran más.
12. Me puedo poner muy antipático/a con las personas que se lo merecen.
13. He dejado atrás mis mejores años.
14. Me siento nervioso/a y bajo estrés pero no sé por qué.
15. Saco gran consuelo de mis creencias religiosas.
16. Me pongo a llorar cuando las cosas más nimias salen mal.
17. Parece que enseguida me adapto bien a cualquier grupo de personas que conozco.
18. Me gusta seguir instrucciones y hacer lo que los demás esperan de mí.
19. A la mayoría de la gente, no le importaría mucho si yo estuviera enfermo/a.
20. Los instrumentos médicos me asustan mucho.
21. La pérdida de memoria ha sido un gran problema para mí.
22. No me puedo desplazar y hacer las cosas tan bien como podía en el pasado.
23. Quiero que mi médico/a repase conmigo los resultados de todas mis pruebas médicas.
24. Me he dado cuenta de que esta sociedad es demasiado dura con la gente que no se conforma.
25. Durante mucho tiempo me he sentido muy solo/a.

26. Le pararé los pies a cualquiera que me intente mandar.
 27. Preferiría seguir a alguien en vez de ser el/la líder.
 28. Me pongo muy ansioso/a cuando pienso en todos mis problemas médicos.
 29. Me merezco muchas de las desgracias que me han ocurrido.
- Siga en la página siguiente.*
30. Creo que las cosas se pondrán mucho peor en los próximos meses.
 31. No me puedo cuidar tan bien como solía hacer.
- 44
32. Intento aprender todo lo que pueda sobre los tratamientos disponibles para mi situación médica.
 33. Mi fe y las oraciones siempre me ayudan a resolver mis problemas.
 34. Tengo mucha confianza en mí mismo/a.
 35. Estoy intentando ser tan abierto/a como pueda en mis respuestas a estas preguntas.
 36. Me protejo no dejando que las personas sepan mucho de mi vida.
 37. Supongo que siempre he sido una persona miedosa e inhibida.
 38. Si no se tiene nada bueno que decir acerca de uno/a mismo/a, mejor permanecer callado/a.
 39. Haría cualquier cosa para acabar con el dolor que siento.
 40. Parece que necesito muchos consejos para conseguir hacer las cosas.
 41. Si tengo que pasar por otro procedimiento médico, creo que me volveré loco/a.
 42. Parece que mi salud está empeorando más deprisa que la de la mayoría de la gente de mi edad.
 43. La vida nunca volverá a ser igual para mí.
 44. No importa lo que a uno le pase, ver al médico tranquiliza.
 45. Rara vez encuentro tiempo para hacer ejercicio.
 46. Me siento tan nervioso/a e inquieto/a que estoy agotado/a cuando llega la noche.
 47. Siempre he preferido tener una vida tranquila e inactiva.
 48. Tengo la costumbre de hacer que mis problemas parezcan peores de lo que realmente son.
 49. He tenido serios pensamientos de suicidio.
 50. Me gusta planificar las cosas hasta el último detalle.
 51. En mi familia hay poco apoyo emocional.
 52. Siempre he tenido talento para alcanzar el éxito.

53. He mentido a mi familia para ocultar mi consumo de drogas.
54. Muy pocos se dan cuenta de lo dura que es mi vida.
55. Parece que estoy perdiendo mi capacidad de concentración.
56. Responder a este tipo de preguntas me ayuda a mirar las cosas de mi vida honestamente.
57. Estoy alerta para detectar a la gente que quiere timarme.
58. Me siento muy desesperanzado/a debido al dolor que sufro.
59. En este mundo, o empujas o te empujan.
60. Soy muy errático/a, cambio mis emociones todo el tiempo.
61. Cuando la gente es mandona, normalmente hago lo opuesto de lo que quieren.
62. He tenido pesadillas sobre los procedimientos médicos que pueda tener que sufrir.
63. Me preocupa mucho que me dejen las personas de las que dependo.
64. Soy mi peor enemigo.
65. A veces exagero cuando cuento lo mal que me siento.
66. Por alguna razón desconocida, de repente me entra el pánico.
67. Mis emociones no parecen tan fuertes como las de otras personas.
68. Me siento muy incómodo/a cuando otras personas conocen mis problemas.
69. El dolor físico forma una parte importante en mi vida.
70. Estoy constantemente preocupado/a por mi salud.

Siga en la página siguiente.

71. Es bueno tener una rutina para hacer las cosas y así evitar equivocarse.
 72. Tengo a alguien cercano a mí que realmente comprende mis sentimientos.
 73. Muchas personas me respetan y me envidian.
 74. Tomar drogas ha sido algo frecuente en mi vida social.
- 45
75. Creo que me pasa algo malo en la cabeza.
 76. La mayoría de la gente en mi vida al final me decepciona.
 77. Me siento especialmente resentido/a cuando me niegan las prestaciones médicas a las que sé que tengo derecho.
 78. No importa si doblas la ley con tal de que no la rompas.
 79. Nunca dejo que los demás se me impongan.
 80. Sé por experiencia que las cosas buenas no perduran.
 81. Puedo manejar la peor noticia médica sobre mí, no importa lo alarmante que sea.

82. Tengo miedo de morir de repente de una enfermedad.
83. Estoy rápidamente perdiendo la esperanza de recuperar mi salud algún día.
84. Me aseguro de llegar puntualmente a todas mis citas médicas.
85. El dolor hace que sea muy difícil para mí trabajar ahora.
86. He encontrado muy pocas cosas placenteras en la vida.
87. Tengo muchos/as, íntimos/as y muy buenos/as amigos/as.
88. Siempre termino mi trabajo antes de tomarme tiempo libre para el ocio.
89. Tengo amigos/as que escucharán cualquier problema que tenga.
90. Todo lo que intento me sale fácilmente.
91. Estoy dando la impresión de ser más sano/a de lo que realmente soy en mis respuestas a este cuestionario.
92. Mi vida siempre ha ido de mal en peor.
93. Creo que es mejor no fiarse de nadie.
94. El dolor es lo peor de mi situación médica.
95. A menudo me disgusta hacer las cosas que los demás esperan de mí.
96. La mayoría de mis amigos/as cercanos/as y parientes me tratan mal.
97. En seguida voy a la consulta médica en cuanto me surgen síntomas nuevos.
98. Estoy bastante nervioso/a últimamente.
99. Nunca estoy solo/a porque Dios está conmigo.
100. Creo que soy una persona muy sociable y abierta.
101. Siempre es mejor seguir las reglas que hayan creado los que tienen autoridad.
102. Muchas de mis respuestas a este cuestionario se han visto afectadas por mi actual mal humor.
103. A veces tomo medicación que ha sido recetada a otras personas.
104. A menudo yo mismo/a provoco mis propios fracasos.
105. Me siento culpable la mayor parte del tiempo.
106. Crucé el océano Atlántico más de 30 veces el año pasado.
107. Mis sentimientos hacia mis parientes a menudo oscilan entre el amor y el odio.
108. Quiero que el personal médico me informe con todo detalle cuando me hable de mis problemas de salud.
109. No creo que vaya a vivir tanto tiempo como debería.
110. Yo mismo/a hago que mi vida sea peor de lo que tiene que ser.

111. Fumo un paquete de cigarrillos al día.

112. Nunca me ha interesado el sexo tanto como a la mayoría de las personas de mi edad.

Siga en la página siguiente.

113. Me da demasiada vergüenza admitir mis problemas con tanta franqueza como debería.

114. Con mis encantos puedo conseguir que la gente haga casi cualquier cosa

115. He tenido sobrepeso desde que era niño/a.

46

116. Si una medicina no me proporciona alivio, puede que aumente la dosis por mi cuenta.

117. El año pasado he empeorado mucho mentalmente.

118. Creo que estoy dando la impresión de que mi vida es mucho peor de lo que realmente es

por mis respuestas a este cuestionario.

119. Paso mucho tiempo rumiando las cosas.

120. Hay demasiadas reglas que interfieren con lo que la gente quiere hacer.

121. Nadie necesita conocer mis asuntos.

122. Siempre he tenido la sensación de que la mayoría de la gente tiene una pobre opinión de mí.

123. Se me considera una persona dura y nada sentimental.

124. Estuve en la portada principal de varias revistas recientemente.

125. Siempre me molesta mucho que los demás me presionen.

126. Mi cuerpo me da señales preocupantes constantemente.

127. Es difícil para mí pasar el día sin tomar unas copas.

128. Nunca aplazo ir a la consulta médica si siento que la necesito.

129. Estar en contacto con mi yo espiritual me ayuda a sobrellevar las cargas de la vida.

130. A menudo me siento triste y que nadie me quiere.

131. Pierdo los nervios cuando mis problemas de salud empeoran.

132. No estoy contando toda la verdad al responder a muchas de estas afirmaciones.

133. Siento que tengo derecho a todos los días que he estado de baja cada año.

134. Preferiría no conocer los detalles de una enfermedad que pudiera tener.
135. Me pongo muy irritable si pasan varias horas sin haberme tomado un café.
136. Mi calidad de vida ha empeorado mucho debido a mi enfermedad.
137. Es raro que me sienta alegre estos días.
138. Normalmente hago lo que quiero sin preocuparme de cómo afecta a los demás.
139. Soy de los/as que hacen una dieta yo-yó; mi peso sube y baja.
140. Me duele tanto la cabeza que necesito tomarme unos días libres.
141. Este mundo es un lugar muy solitario.
142. He intentado dejar de fumar muchas veces pero siempre vuelvo a empezar.
143. Cambiaría mi estilo de vida si me lo aconsejara mi médico/a.
144. Sin Dios en mi vida, no podría superar una enfermedad seria.
145. Mi dolor está constantemente en mi mente.
146. Siempre como demasiado cuando estoy deprimido/a o bajo estrés.
147. Parece que mi futuro va a estar lleno de problemas y dolor.
148. Está bien aprovecharse de los vacíos legales.
149. He probado programas de ejercicio pero parece que no puedo persistir en ellos.
150. No soy capaz de organizar mi vida como yo quiero.
151. Los miembros de mi familia se han quejado recientemente de que yo beba.
152. Realmente no comprendo los sentimientos humanos como los demás.
153. Necesito mucha cafeína para pasar el día.
154. Casi siempre antepongo las necesidades de los demás a las mías.
155. A menudo me siento abrumado/a por responsabilidades menores.
156. He perdido el interés por cosas que antes encontraba placenteras.
157. Ahora necesito seguir rutinas para no confundirme.
158. Mi situación médica ha hecho que las tareas diarias sean mucho más difíciles.

Siga en la página siguiente.

159. Sé que debería hacer ejercicio pero no consigo arrancar.

47

160. No puedo contar con nadie que me apoye en tiempos de enfermedad.
161. Me siento muy deprimido/a.
162. Soy una persona muy emotiva.
163. Me gusta coquetear con miembros del sexo opuesto.
164. Me pongo irritable si paso mucho tiempo sin fumar un cigarrillo.

165. No tengo creencias religiosas profundas.

48