

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1.1 Actitudes

1.1.1 Definición de actitud

Etimológicamente “actitud” es un término que surge en castellano a comienzos del siglo XVII proveniente del italiano “attitudine”; y con esto, los críticos del arte italiano aludían a las posiciones que el artista le daba al cuerpo de su estatua (Martín-Baró, 1999).

Por tanto la actitud desde una perspectiva corporal, es una postura preparatoria, una orientación determinada del cuerpo, que prepara al individuo para percibir y actuar de determinada manera, en la que se materializa y expresa la postura del espíritu (Martín-Baró, 1999).

De ahí que para Gonzáles (1981) la actitud (“attitudine”) etimológicamente hablando, tiene dos raíces "apto" y "acto". La primera, relacionada con propiedad "se es apto", "se posee algo"; la segunda con "acto", "postura", "acción".

En su acepción corriente, el término de actitud designa un comportamiento o la manifestación externa de algún sentimiento y debe tenerse claro en su definición, que una actitud no es el comportamiento, sino una variable intermediaria que permite explicar el paso de la situación estimular, a la respuesta (Gonzáles, 1981).

Entonces, para Gonzáles (1981), la actitud no es ni respuesta ni estímulo, sino una predisposición o preparación valorada para actuar de un modo determinado con preferencia a otro y que, a diferencia de los comportamientos, no se presta a la observación directa y, menos aún, no se puede aislar; por tanto, ésta debe ser inducida a partir de sus manifestaciones.

De ahí que menciona Gonzáles (1981), que todo análisis de las actitudes deberá realizarse indirectamente en términos de una probabilidad de aparición de un comportamiento dado en un determinado tipo de situación.

En las diferentes definiciones sobre las actitudes; se encuentra una serie de aspectos comunes como el hecho de referenciarlas como procesos psicológicos internos de los individuos no susceptibles de poderse observar directamente, persistentes a lo largo del tiempo sin embargo modificables, que implica una organización duradera de creencias y cogniciones, que predisponen a responder de una determinada forma (Gestoso y Bozal ,2000).

Es así como la actitud clínica supone una postura-mirada y escucha-que permita comprender en la subjetividad de cada persona, el interjuego de los procesos cognitivos y afectivos (Chuit, Kornblit & Vitale (s/f)).

Esta actitud clínica está más bien polarizada en la complejidad del enfermo, que en el concepto o abstracción que se haga de la enfermedad (Ibarra, 2004).

1.1.2 Componentes de las actitudes

Así también Aiken (1996 citado por Martín y Mercado, s/f) plantea que una actitud es una predisposición aprendida que como tal, consiste en componentes cognoscitivos (de conocimientos o intelectuales), afectivos (emocionales o motivacionales) y de desempeño (conductuales o de acción).

Sheriff y otros, 1965; Newcomb y otros, 1965; Freedman y otros, 1970 (citados por Darias, 2000) han hecho diferentes definiciones de la actitud, manifestando que ésta, esta determinada por tres componentes: el cognitivo, el afectivo y relativo a la conducta.

Así también Rosenberg y Hovland (1960 citados por Gonzáles, 1981) definieron igualmente como componentes de las actitudes los siguientes:

1) Lo cognoscitivo: es la idea, la categoría utilizada, al pensar, valorada cognoscitivamente y a él pertenecen primordialmente los conjuntos de opiniones, las categorías, los atributos y de los conceptos.

2) Lo afectivo: emotividad que impregna los juicios. La valoración emocional, positiva o negativa, acompaña a las categorías asociándolas a lo agradable o a lo desagradable.

3) La predisposición a actuar: inclinación a actuar de un modo determinado ante un objeto, un sujeto o acontecimiento. Resultado de la sucesión de los aspectos cognoscitivo y emocional.

Para González (1981) cada actitud, presenta a su vez diferentes características como lo son: la valencia o dirección, intensidad y consistencia.

La valencia o dirección, es la que refleja el signo de la actitud. Se puede estar a favor o en contra de algo. En principio, estar a favor o en contra de algo viene dado por la valoración emocional, propia del componente afectivo (González, 1981).

La intensidad, se refiere a la fuerza con que se impone una determinada dirección. Se puede ser más o menos hostil o favorable a algo; se puede estar más o menos de acuerdo con algo (González, 1981). La intensidad es el grado con que se manifiesta una actitud determinada.

La consistencia es el grado de relación que guardan entre sí los distintos componentes de la actitud. Si los tres componentes (el afectivo, el cognitivo y el reactivo) están acordes, la consistencia de la actitud será de máxima consistencia (González, 1981).

1.1.3 Formación de las actitudes

En cuanto a la adquisición de las actitudes, para la teoría del aprendizaje, éstas se adquieren de la misma forma que se integran las demás experiencias, en donde al asimilar una nueva información, se aprende, se sienten los pensamientos y las acciones que están en relación con ella (Trechera, 2000).

Las forma de adquirir las actitudes; no es innata, existen tres formas de adquisición:

1. A través de la experiencia directa, con un objeto, persona o situación.
2. Mediante la objetivación de los efectos de un estímulo
3. Como una consecuencia de las comunicaciones que constantemente están describiendo las características, atributos o cualidades

Otra de las formas también podría ser a través del autoconocimiento, análisis crítico, descubriendo cosas y situaciones. También se adquieren así las actitudes relacionadas con la salud o algún problema que se presente.

Así también Kretch et al. (1965 citados por Trechera, 2000) consideran que existen 3 factores que son determinantes de la formación de las actitudes:

- a. Las necesidades personales: Ya que se desarrollan en el proceso de satisfacción de las necesidades, por lo que son potenciadas aquellas que favorables hacia las personas u objetos que satisfacen estas necesidades.
- b. La pertenencia a determinado grupo: en especial los grupos primarios, por que :
 1. Estos influyen para el conformismo y la homogeneidad de las actitudes de los miembros.

2. Los individuos reciben la misma información y, a su vez, ellos participan en grupos que les presenten actitudes semejantes a las suyas.
 3. Los nuevos miembros de un grupo, tienden a adoptar las actitudes compartidas por ese grupo para conseguir su aceptación. Y estos grupos, pueden llegar a ser grupos de referencia que actúan como modelo y guías de comportamiento.
- c. Dimensiones de la personalidad: ya que las actitudes varían dentro del grupo, según los diferentes rasgos de personalidad de sus miembros.

Para González (1981) al ser las actitudes aprendidas, su posibilidad de cambio es real, por tanto, la actitud de cambio es también una actitud que posibilita nuevas valoraciones.

1.1.4 Condiciones para que se de un cambio de actitud

Festinger (1957 citado por Trechera,2000) desarrollo la teoría de la disonancia cognitiva; en la que plantea que cualquier individuo siempre busca ser congruente consigo mismo y si existe una situación que de lugar a una incongruencia, creará un malestar en el sujeto quien al final intentará reducir ese conflicto y superar la tensión.

Este conflicto o tensión es a lo que Festinger (1957 citado por Trechera, 2000) denominó “disonancia”, definiéndola como si dos elementos se encuentran en una relación disonante, cuando al considerarlos independientemente uno sería el anverso del otro; y el componente “cognitivo” que él menciona, se refiere al elemento a saber, a la creencia u opinión que es relativo al sujeto mismo o a su entorno.

Por lo tanto, todo individuo intentará reducir la disonancia, y para ello, o bien puede cambiar su conducta o reformular su cognición (Festinger, 1957 citado por Trechera, 2000).

Y para que se pueda realizar un cambio de actitud han de darse varias condiciones, entre ellas, que el mensaje debe de cambiar los pensamientos o creencias del receptor (Trechera, 2000). Otra condición es que este cambio se producirá si el receptor recibe unas creencias distintas a las suyas y van acompañadas de incentivos y, por último, los receptores piensan sobre los mensajes al comprenderlos y evaluarlos como interesantes los aceptarán, en caso contrario, los rechazarán (Trechera, 2000).

Para el enfoque del aprendizaje, lograr que una persona cambie su opinión y por consiguiente la actitud, requiere que ésta atienda a la información que le trasmite, que comprenda el argumento y sus conclusiones (todos ellos aspectos cognoscitivos), y que, al experimentar los beneficios que van aparejados con el nuevo punto de vista, acepte cambiar su opinión y su actitud (Martín-Baró, 1999).

Trechera (2000) menciona que las acciones de los individuos, en gran medida, están gobernadas por sus actitudes, pero las actitudes al no ser conceptos directamente observables sólo pueden medirse de forma indirecta.

Por lo que los intentos por evaluarla tienen como objetivo medir alguno de los componentes de la misma y los instrumentos de medida se centrarían en tres variables (Trechera, 2000):

- a. Lo conductual: registros o escalas de observación de conductas. En donde a las personas se les coloca en una situación que permita observar su comportamiento. A través del patrón de conducta se extraen conclusiones acerca de sus creencias y sentimientos.
- b. Lo afectivo o sensaciones: mediante el registro psicofisiológico de ciertas respuestas corporales. Considerándola como la medida perfecta, ya que escapa del control voluntario del sujeto.
- c. Lo cognitivo: cuyo objetivo es determinar la posibilidad de medir la actitud a través de las opiniones de distintos sujetos.

Al medir cualquier objeto o entidad, lo que se describe es un atributo o una propiedad de éste (Trechera, 2000).

Desde los comienzos, en la investigación sobre la medición de las actitudes, se ha centrado en el elemento cognitivo, por tanto en la posibilidad de medir las actitudes a través de las opiniones de los individuos (Clemente, 1992 citado por Darías, 2000).

Para que la medición de las actitudes sea adecuada, la escala debe reunir algunos requisitos como: la graduación, que supone todos los grados posibles de la actitud; la discriminatividad, que implica el poder de los ítems que se utilizan para dividir a las personas en relación a la actitud; la unidimensionalidad esto es, que la escala se refiera a una sola actitud (Darías, 2000).

Aunque aparentemente por su formación académica la psicología y la medicina parecen ser profesiones distintas se vinculan cuando existen enfermedades en donde es necesaria una interrelación de conocimientos y metodologías que permitan un mejor abordaje del caso.

Existen países como España , Estados Unidos, México, Colombia, Argentina, entre otros, en donde la actitud hacia la psicología como una disciplina de actuación sanitaria es percibida como favorable; pero esto ha sido un proceso de muchos años en donde, incluso en la actualidad, en esos países se ha visto la necesidad que existan disciplinas que resultan de la interrelación de la medicina y la psicología: Psiconeuroinmunología, medicina psicosomática, psicooncología, psicología médica, neuropsicología, psicodermatología.

Es por ello la importancia de conocer la actitud que tienen los médicos Salvadoreños en el manejo de enfermedades específicas en las que se pueda realizar un abordaje multidisciplinario con otras disciplinas, para el caso la psicología.

1.2 Actuación sanitaria en psicología

1.2.1 Estudios sobre la psicología y medicina

Existen algunos estudios como el de Consuelo, Gallegos, Lucio y Jurado (1999) en donde se destaca la importancia del papel multidisciplinario para el manejo de pacientes, en particular con enfermedades dermatológicas, mencionando la necesidad de integrar en la valoración médica inicial que se hace al paciente, una evaluación psicológica.

Además se propone, que el médico debe integrar en su tratamiento la intervención de un psicólogo o canalizar a su paciente con uno y realizar un trabajo interdisciplinario, por lo menos para pacientes con dermatitis atópica, ya que indudablemente requieren de un tratamiento diferente al de aquellas personas que sufren una enfermedad que es puramente orgánica (Consuelo et al., 1999).

Al igual, Vielma (s/f) menciona que el caminar juntos (médicos y psicólogos), desarrollando enlaces clínicos permite ofrecer una medicina de calidad y dar peso a la investigación mancomunada de cada paciente.

A su vez, Reig (1985 citado en Buela-Casal et al., 2005) realiza una revisión de diferentes hechos históricos de la Psicología, demostrando la colaboración con el sistema de salud a través de la docencia, la investigación y el servicio asistencial.

Este mismo planteamiento lo mantiene en una reciente reflexión en la que defiende que Medicina y Psicología comparten como objetivo común el bienestar de las personas (Reig-Ferrer, 2005 citado en Buela-Casal, 2005). Así también, Buela-Casal (2004 citado en Buela-Casal, 2005) pone de manifiesto las conexiones entre Psicología y Medicina y describe la relación existente entre la Psicología y otras disciplinas de las ciencias de la salud presentes desde hace varias décadas en distintos ámbitos sanitarios, así como la existencia de campos interdisciplinarios y, en especial, la aparición de la Psicología de la salud y la incorporación del psicólogo al ámbito hospitalario.

Santolaya y Berdullas (2003 citados en Buela-Casal, 2005), señalan que pocos profesionales han aportado tanto a la solución de problemas en ámbitos sociales, sanitarios y educativos como lo han hecho los psicólogos.

En definitiva, los psicólogos son profesionales suficientemente preparados para afrontar los problemas del comportamiento relacionados con la salud y así poder aumentar el bienestar de las personas Berdullas, Jiménez y Vallejo (2005 citados en Buela-Casal 2005).

1.2.2 Estudios entre actitudes de médicos hacia la actuación sanitaria de la profesión psicológica

Meyer, Fink y Carey, (1988 citados en Buela-Casal, 2005) encuestaron a 500 médicos de medicina familiar e interna, de diferentes zonas rurales del Medio-oeste de Estados Unidos, acerca de sus actitudes hacia la atención psicológica en contextos médicos, encontrando que, en general, los médicos veían a la Psicología como útil y necesaria aunque mostraban preocupación acerca del entrenamiento que puedan tener los psicólogos en estas tareas.

Así mismo, Kelly (1999 citado en Buela-Casal, 2005) señala que los médicos de familia perciben los servicios psicológicos prestados en contextos sanitarios como favorables, concluyendo que la infrautilización de los servicios psicológicos en ámbitos médicos no está en función de la percepción de los médicos sino del propio valor de los servicios psicológicos.

Por otro lado, Wayne (2000 citado en Buela-Casal, 2005) informa que las actitudes y las creencias de los médicos están a favor de la colaboración con los psicólogos, aunque éstas dependen de la calidad de las experiencias de colaboración y del contacto con las teorías psicológicas durante el entrenamiento.

El Salvador, no tiene un consolidado estadístico sobre cuantos son los médicos especialistas dermatólogos, neonatólogos, pediatras y alergistas en los diferentes departamentos; básicamente están agrupados por las sociedades y asociaciones de cada una de las especialidades, pero esto, limita al número de médicos que no están afiliadas a estas asociaciones. El colegio Médico, no tiene registro de las especialidades según refirieren.

La junta de vigilancia de la profesión médica no cuenta tampoco con estos datos, ya que se registran cuando son médicos generales. Así también, El ministerio de Salud de El Salvador, no tienen estos registros según la directora Regional de Salud Oriental, la Dra. María Elizabeth Zelaya.

Así también en El Salvador, no existen estudios publicados de conocimiento general (a la mayoría de la población) que relacionen la actitud de médicos hacia la actuación sanitaria de la profesión psicológica en el manejo multidisciplinario de enfermedades en las que ambas disciplinas (medicina y psicología) puedan beneficiarse de sus conocimientos para el tratamiento de enfermedades.

1.3 Dermatitis Atópica

1.3.1 Definición y clasificación de la enfermedad

La dermatitis atópica o también llamada eccema atópico, es definida como un estado reaccional de la piel, intensamente pruriginoso, que se empeora por el rascado y que es más frecuentemente en los niños ; es de origen multifactorial, ya que se combinan factores constitucionales y factores ambientales (Cervera, 2006).

Este prurito, se exagera por un ambiente familiar hostil, desagradable, estrés, (nacimiento de un nuevo hermano, cambio de profesor, conflicto entre sus padres, problemas escolares, entre otras), una sobreprotección principalmente materna, o una nula atención hacia el niño por parte de sus padres (Cervera, 2006).

Y se ha demostrado que el estrés emocional aumenta las exacerbaciones, ya que actúa como desencadenante de la respuesta alérgica (Gómez, 2005).

El estrés, estimula el sistema nervioso simpático a través del eje hipotálamo-hipófisis–adrenal que influye en el proceso inflamatorio que es característico de ésta enfermedad –la dermatitis atópica–mediante el aumento de concentraciones de glucocorticoides endógenos y un efecto regulador sobre el sistema inmunológico (Beltrán et. al. ,2003).

Las células de éste sistema inmunológico al ser estimuladas, liberan mediadores inflamatorios capaces de producir daño en la piel e influir en la respuesta neurológica y psicológica del paciente (Beltrán et. al. ,2003).

Es por ello, que la psicología, clasifica a la dermatitis atópica como una enfermedad dentro de los factores psicológicos y del comportamiento según el manual de trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10,1992) la clasifica dentro de los trastornos o enfermedades clasificadas en otro lugar (F 54, L 20): presencia de influencias psicológicas o comportamentales consideradas como importantes para la etiología, manifestación y evolución de trastornos somáticos.

El DSM IV (F54), también la clasifica dentro de los factores psicológicos que afectan al estado físico (indicar enfermedad médica). Que presentan estas características:

A. Presencia de una enfermedad médica.

B. Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas:

1. Los factores han influido el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica, o el retraso de su recuperación.

2. Los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica
3. Los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona.
4. Las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad médica.

1.3.2 Tratamiento psicológico de la Dermatitis atópica

En el tratamiento de la misma, por tanto, lo que se busca es reeducar al paciente y a los padres sobre el estado de hipersensibilidad cutánea, que requerirá de un cuidado continuo con medicamentos para lubricar la piel y el uso de antihistamínicos, entre otros (Chambergó, Ríos & Lozano, 2002).

A la mayoría de estos pacientes se les maneja la hiperactividad con antihistamínicos que les son administrados, y que tienen como efecto secundario la relajación del paciente (Palencia & Ruiz-Maldonado, 2000).

Durante estos años de manifestación de la enfermedad se necesita de medicamentos, pero principalmente de la cooperación familiar, ya que se involucra a toda la familia en el manejo terapéutico por todos los cuidados especiales, así como de un presupuesto familiar adicional por lo que pueden entonces verse afectados los hábitos familiares (Chambergó, Ríos & Lozano, 2002).

Los aspectos médicos de la enfermedad como los psicológicos deben trabajarse de una forma conjunta, que permitan evaluar de una forma integral los aspectos (físicos, psicológicos, genéticos entre otros) de la enfermedad valorando para ello la importancia de ambas profesiones (médico dermatólogo/ alergista/ neonatólogo/ pediatra y el psicólogo) para el manejo de estos pacientes.

Existen numerosos estudios que avalan la importancia del manejo psicológico en conjunto con el manejo médico del paciente y de las manifestaciones físicas de éste; es así como Wiss (1997) ha estudiado los beneficios tanto en el

comportamiento como en los problemas emocionales mientras Richards y Wittkowski (2007) estudiaron el beneficio de las terapias cognitivas del comportamiento en estos pacientes, y el impacto de los factores clínicos y psicológicos.

En El Salvador, no se sabe de estudios; similares a estos, que sean de amplio conocimiento por diversos sectores relacionados con la salud, ni la actitud de los médicos especialistas hacia la actuación sanitaria de la profesión psicológica para el manejo en conjunto (médico-psicólogo) del tratamiento en pacientes con dermatitis atópica.

Mientras que otros estudios como el de Beltrán et. al. (2003) encontraron que dentro del tratamiento de la dermatitis atópica moderada o severa, la terapia psicológica mejora la evolución clínica e inmunológica (ver anexo n° 1).

Este estudio, demostró que en los 20 sujetos del estudio, se reportaron alteraciones perceptomotoras, depresión y ansiedad moderada y severa; y ninguno de los sujetos comprendían la enfermedad.

Dentro del tratamiento psicológico que se hace en estos pacientes, investigadores como Melin et. al. (1986 citado por Bridgett, 2000) realizaron el primer estudio aleatorio controlado sobre la utilidad de la inversión de hábitos en el control del eccema atópico. Para esto, Melin y sus colegas recogieron 17 pacientes con eccema atópico y les instruyeron para el registro de conductas de rascado utilizando contadores manuales, antes de asignar, de manera aleatoria, los sujetos a dos grupos.

Ambos grupos utilizaron esteroides tópicos durante cuatro semanas, pero solamente se instruyó a un grupo en la inversión de hábitos. En lugar de rascarse, se les enseñó a agarrar un objeto, o a apretar sus puños. Obteniendo como resultados, que la frecuencia de rascado tras cuatro semanas se redujo en un 90%

en el grupo de inversión de hábitos más esteroides tópicos, frente al 60% de los que utilizaban solamente esteroides tópicos.

La sintomatología de las lesiones mostró una mejoría del 70% utilizando la inversión de hábitos en comparación del 30% de los que no lo utilizaban. Dado que estos resultados parecían prometedores, la técnica se desarrolló aún más (Norén y Melin, 1989 citado por Bridgett, 2000). Y al contrario que el morderse las uñas, el rascarse puede estar causado por un estímulo físico, el picor. Si se pudiera disminuir el picor al mismo tiempo que se aplica la técnica de la inversión de hábitos, se esperaría un tratamiento de mayor éxito.

De manera clínica, los pacientes refieren que pellizcar o clavar la uña en una zona con picor produce alivio. Por lo tanto, el nuevo procedimiento de inversión de hábitos incluía dos etapas: una era apretar los puños y contar hasta 30 como alternativa al hábito de rascarse y dos, luego pellizcarse la piel en el lugar del picor, como una alternativa al rascado causando por el mismo.

Se realizó un estudio con 46 pacientes con eccema atópico crónico a los cuales se les dieron contadores manuales para que registraran sus frecuencias de rascado, y tras una semana se asignaron de manera aleatoria, a uno de 4 grupos (utilizaban diferentes programas de esteroides tópicos). A un grupo de cada diferente programa de esteroides tópicos se le enseñó el nuevo procedimiento de inversión de hábitos.

La reducción en la frecuencia del rascado y la mejoría en la sintomatología del eccema dieron un resultado estadísticamente significativo para los pacientes de la inversión de hábitos en comparación con los que solo utilizaba esteroides tópicos. Se destacó el hecho de que los resultados no mostraron ningún caso de curación completa al cabo de las cuatro semanas. Mientras que el rascado pudo disminuirse en un 90% en tres días mediante la inversión de hábitos.

En base a estos resultados del estudio, las ideas generadas se desarrollaron más en la práctica clínica en un programa de tratamiento para eccema atópicos que combina la inversión de hábitos con un tratamiento tópico estándar (Bridgett et. al. 1996 citado por Bridgett, 2000).

Este método combinado consta de tres partes, el registro, el tratamiento activo y el seguimiento, aunado a estrategias educativas que incluyen material escrito a modo de manual para los pacientes.

La práctica clínica también ha destacado que se puede conseguir un mayor control de la enfermedad si se capacita al paciente para que controle su propia enfermedad. Y es por ello, que los cambios de actitud se relacionan con la mejora del pronóstico (Bridgett, 2000).

El uso de la inversión de hábitos tiene éxito en niños de 5 años en adelante (Norén y Melin, 1989 citado por Bridgett, 2000). Y se ha desarrollado un programa adaptado para niños más pequeños en el que el papel de los padres como participantes en el programa del tratamiento resulta evidentemente esencial (Bridgett et. al., 1996 citado por Bridgett, 2000).

Aunque la utilización de la inversión de hábitos para el tratamiento del eccema atópico se hace usualmente de forma individual, al igual que los tratamientos dermatológicos que son individualizados, existe la posibilidad de incorporar la técnica con éxito en un formato de grupo.

En el tratamiento del eccema atópico crónico, la inversión de hábitos no es un tratamiento que sirva por si solo, de la misma manera que el uso solamente de emolientes y esteroides tópicos proporcionan resultados que son insatisfactorios.