

Francisco Morales Calatayud

**INTRODUCCIÓN AL ESTUDIO
DE LA PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**

**Secretaría General Administrativa
Editorial UniSon**

Ediciones del Posgrado en Psicología
Serie: Tópicos del comportamiento
Coordinador de la serie: Dr. Victor Corral Verdugo

Publicado por Editorial UniSon y Secretaría
General Administrativa de la Universidad de
Sonora.

Blvd. Transversal y Rosales s/n, Hermosillo,
Sonora, 83000, México.

© 1997 por Editorial UniSon

Impreso en la República Mexicana

ISBN 968-7713-23-2

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN AL CAMPO DE LA SALUD 1

- | | | |
|----|---|----|
| 1) | El Pensamiento sobre salud y enfermedad y su situación actual | 2 |
| 2) | Evolución histórica de la interpretación causal de la salud y de las enfermedades | 8 |
| 3) | La frecuencia de los problemas de salud | 24 |
| 4) | Las disciplinas que participan en el estudio y atención de los problemas de salud | 29 |
| 5) | La salud pública y sus tendencias actuales | 32 |

CAPÍTULO II: LA PSICOLOGÍA Y LOS PROBLEMAS DE SALUD 37

- | | | |
|----|---|----|
| 1) | Los antecedentes | 37 |
| 2) | La Psicología Clínica | 38 |
| 3) | La Psicología Médica | 41 |
| 4) | La Medicina Conductual | 44 |
| 5) | La Psicología Comunitaria | 51 |
| 6) | Hacia el concepto de Psicología de la Salud | 55 |
| 7) | Tendencias y experiencias en Psicología de | |

la salud en una perspectiva internacional	61
8) Una valoración general	79
CAPÍTULO III: PLANTEAMIENTOS CONCEPTUALES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS, LA SALUD Y LA ENFERMEDAD	83
CAPÍTULO IV: LA PSICOLOGÍA EN LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD. ASPECTOS GENERALES	93
CAPÍTULO V: LA PSICOLOGÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD	97
1) Antecedentes y definiciones básicas	97
2) La Promoción de Salud	99
- El "estilo de vida"	101
3) La prevención y el control del riesgo de enfermar	103
- El riesgo "psicosocial"	104
- Los "acontecimientos de la vida"	106
- El "estrés"	108
- El "patrón de comportamiento Tipo A"	113
- Las "creencias de salud"	114
- El "aislamiento/apoyo social"	116
4) Enfoques sobre prioridades de trabajo en atención primaria	119
- Salud reproductiva	121
- Salud del niño	123

- Salud del adolescente	124
- Salud del adulto	125
- Salud de los adultos mayores (tercer edad)	128
5) Experiencia de la Psicología en la Atención Primaria: el caso de Cuba	132
CAPÍTULO VI: LA PSICOLOGÍA EN LOS HOSPITALES Y CENTROS DE REHABILITACIÓN	137
1) Antecedentes y definiciones básicas	137
- El componente psicológico de las enfermedades	140
2) El servicio de Psicología en los hospitales	141
- Servicios clínicos y quirúrgicos de adultos	145
- Servicios Clínicos y quirúrgicos para niños	148
- Servicios clínicos y quirúrgicos de ginecología y obstetricia	149
3) Algunas referencias a experiencias de trabajo de integración de la psicología en hospitales en Cuba	150
4) Los Centros de Rehabilitación	156
CAPÍTULO VII: LA PSICOLOGÍA EN LA EVALUACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD	159
COMENTARIOS FINAL	165
BIBLIOGRAFIA	167

PRESENTACIÓN

La evolución del pensamiento científico y la práctica profesional en psicología guarda una estrecha relación con las demandas prioritarias presentadas por diversos campos de la actividad humana en su contexto socio-histórico, entre los cuales están los de la salud, la educación, el trabajo, entre otros.

Así, desde la década de los años sesenta se ha producido un creciente interés en la dirección de integrar esta disciplina al análisis y búsqueda de alternativas para la solución de diversos problemas de salud, debido al reconocimiento explícito de la importancia que el comportamiento tiene en la atención de los mismos.

Sin embargo, subsisten muchos obstáculos que limitan la realización de todas las posibilidades de aporte que desde la psicología se pueden hacer para mejorar los niveles de salud de las personas, de tal suerte que existe una brecha entre los numerosos alegatos que se presentan y la extensión real de la investigación y la práctica en los servicios concretos.

Una de las principales limitantes en el plano profesional la constituye la reiteración del modelo de actuación profesional derivado de la psicología clínica, y del modelo médico asistencialista predominante en muchas instituciones y servicios de salud, lo que ha contribuido a inscribir a la psicología dentro del área tradicional de la llamada "salud mental", y además restringe las posibilidades de aporte de los psicólogos.

Otro hecho es que la psicología de la salud es todavía un campo aplicado emergente. La bibliografía, aunque amplia, aparece dispersa en publicaciones muy disímiles, tanto del campo de las ciencias sociales como de la medicina. No existen muchos textos que presenten una exposición introductoria coherente y equilibrada de la psicología de la salud, ya que apenas estamos asistiendo al momento de formulación de modelos científicamente fundamentados, los que esperamos, permitirán trascender la acumulación de datos descriptivos y

pasar a explicaciones más generales. Tampoco se encuentran fácilmente exposiciones sobre los problemas básicos del campo de la salud redactadas de manera tal que ayuden a los psicólogos a familiarizarse con algunas ideas y conceptos que resultan imprescindibles.

Parejamente, en un buen número de países no se han consolidado a un trabajo docente (ni a nivel de pregrado ni de postgrado) que le brinde al psicólogo profesional el marco conceptual y las herramientas necesarias para abrir espacios en un campo en el que a pesar de las necesidades identificadas, predomina una imagen esquemática de la psicología.

Este texto puede ser de utilidad para cualquier estudiante o profesional interesado en el tema, pero se redacta ex-profeso como un apoyo para el trabajo de estudiantes de psicología de nivel de postgrado, tales como los del Seminario Monográfico sobre Psicología y Salud de la Maestría en Psicología de la Universidad de Sonora, en México, los del programa de especialización en Psicología de la Salud y los de la Unidad Modular Psicología y Salud Pública (de la que es Profesor Principal el autor) en la Maestría en Psicología de la Salud, estos dos últimos en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Se insiste en que este texto tiene un carácter introductorio, y su principal pretensión es la de servir de hilo conductor al estudio de los programas de esas materias (que guardan cierta semejanza) y a la revisión de los escritos producidos por diversos autores, los que constituyen la base bibliográfica de esos programas de estudio. Contiene muchos elementos que son citas puntuales o exposiciones del punto de vista de los autores de los textos revisados, pero también incluye en otros momentos el punto de vista personal del autor. En ningún caso este texto debe sustituir a las lecturas que cualquier interesado en este campo está en la necesidad de efectuar. Es por eso que al final de los capítulos se ofrecen sugerencias acerca de esas lecturas, además de la consulta que también puede hacerse de la bibliografía general que se ofrece. En cuanto a sus contenidos, y de manera más precisa, los objetivos

de este texto son los siguientes:

- 1) Presentar una exposición sintetizada de los conceptos básicos del campo de la salud, como fundamento para la comprensión de los vínculos de la psicología con el mismo.
- 2) Realizar un análisis de la integración de la psicología con los problemas de salud, y las formas en que esta integración se ha venido dando hasta la fecha;
- 3) Definir la psicología de la salud y referir sus tendencias actuales, tanto en lo que respecta a la discusión conceptual como a la aplicación profesional.
- 4) Exponer los problemas de interés para el trabajo de psicología en las instituciones de diferente tipo de los servicios de salud (con énfasis especial en las de atención primaria), las acciones que pueden ser emprendidas y mostrar ejemplos de experiencias en este sentido, incluyendo las relativas al estudio de la satisfacción con los servicios de salud.

En atención a estos objetivos, este texto no es ni un manual, ni un libro que agota todos los problemas del campo, por ejemplo, no presenta precisiones sobre técnicas específicas de trabajo, lo que por su naturaleza requeriría de otro escrito de mayor amplitud, ni ofrece valoraciones definitivas sobre muchos de los asuntos que aun permanecen en discusión. Es, recuérdese, un texto de "introducción al estudio", que debe ser complementado, de acuerdo al interés con el que se use, por otros materiales bibliográficos.

Quiero dejar constancia de mi agradecimiento a todos los que con sus observaciones y comentarios me han ayudado en esta tarea, así como a muchos de los autores de los textos utilizados, que han tenido la gentileza de ofrecerme información de primera mano y valoraciones adicionales que han sido de mucha utilidad. A los psicólogos de la salud cubanos, que con

tanto esfuerzo y dedicación han tejido día tras día durante casi tres décadas una preciosa obra, debo, sobre todo, la base sobre la que se apoya cualquier experiencia que pueda transmitir. Por las facilidades que me concedieron para llevar a cabo este trabajo, agradezco asimismo a las autoridades académicas de mi universidad, el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, muy especialmente al Rector, Dr. Juan Carrizo Estévez, al Decano de mi Facultad, Dr. Orlando Zamora Almeida, y al Director de Relaciones Internacionales, Dr. Eduardo Bascó Fuentes; así como a las de la Universidad de Sonora, en México. Asimismo, al Lic. Omar Alí López Herrera, a la ca. Regla Machín y demás miembros del personal de la Vicerrectoría de Investigaciones y Postgrado del I.S.C.M.-H por su colaboración en el trabajo de edición. Más allá de lo que representan por sus posiciones o cargos institucionales respectivos, han sido el Dr. Emilio Ribes Iñesta, Director del Centro de Estudios e Investigaciones en Comportamiento de la Universidad de Guadalajara, el Lic. Julio Alfonso Piña López, Secretario de la Unidad Regional Centro de la Universidad de Sonora, y el Maestro Francisco Javier Obregón Salido, Responsable de la Maestría en Psicología en esa universidad, los que han auspiciado las condiciones para llevar a cabo este trabajo y los que le han dado el mayor estímulo. A ellos, mi más sincero agradecimiento.

Francisco Morales Calatayud

Diciembre de 1995,
"Año del centenario de la caída en combate de José Martí"

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN AL CAMPO DE LA SALUD

Es muy popular la definición brindada por la Organización Mundial de la Salud en el sentido de que salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o afección", la que se utiliza hasta hoy con mucha frecuencia, bajo el argumento de que no hay otra mejor. Sin embargo, a la misma se le han hecho muchas críticas, especialmente porque ese supuesto estado de "completo bienestar" aparece descontextualizado, y porque describe la salud como un valor muy general que dificulta una operacionalización para su reconocimiento y promoción. En el caso del concepto enfermedad, ni siquiera se dispone de una definición comúnmente aceptada, y si la tuviéramos, posiblemente sobre la misma existirían cuestionamientos similares a los que se hacen para la que se tiene sobre salud. Esto nos pone de manifiesto que este es un campo que no es ajeno a la polémica y cuyos conceptos básicos no pueden ser asumidos de manera cerrada o esquemática.

Si queremos trabajar el tema de la psicología aplicada a los problemas de la salud y de las enfermedades, es imprescindible que dispongamos inicialmente de:

- 1) información pertinente en relación a cuál es la situación actual del pensamiento sobre salud y enfermedad y a cuáles son los planteamientos que se hacen como alternativa a la tradicional definición que aparece en el párrafo anterior;
- 2) un análisis acerca de la evolución histórica de la interpretación causal de la salud y de las enfermedades y del criterio que predomina en la actualidad;
- 3) un panorama (muy general) de los problemas de salud que son más frecuentes hoy en día y su distribución en diferentes grupos de la población;
- 4) una breve descripción de las aproximaciones de las principales disciplinas que participan en el estudio y atención de

los problemas de salud; y

5) una caracterización de lo que se ha dado en denominar "salud pública" y sus principales tendencias en estos momentos.

Propiamente, estos temas no son psicológicos, no obstante nos resultan muy necesarios. Si de entrada reconocemos que el campo de la salud es en la actualidad, posiblemente, uno de los que más atención reclaman de nuestra disciplina, es pertinente que tengamos una cierta comprensión de cuáles son sus problemas y los debates con mayor vigencia. Hacer aplicaciones del conocimiento de una disciplina a un campo particular requiere una adecuada elección y fundamentación de los puntos de contacto. Por eso este análisis inicial, que siempre será hecho teniendo en cuenta sus implicaciones para la psicología, nos servirá de base para entender mejor el planteamiento posterior. Más adelante examinaremos algunos conceptos básicos de nuestra disciplina, y allí también observaremos que no hay lugar para los esquemas.

1) EL PENSAMIENTO SOBRE SALUD Y ENFERMEDAD Y SU SITUACIÓN ACTUAL

Las representaciones populares sobre salud y enfermedad han estado muy relacionadas con la valoración de la enfermedad, entendida como un estado o situación en el cual la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales debido a las molestias que sufre, mientras que la salud se percibe como la ausencia de la enfermedad. A reserva de cualquier consideración que se pueda hacer desde disciplinas sociales, como por ejemplo, la sociología, es evidente que en esta concepción popular, históricamente arraigada, se resume no solamente una reflexión sobre el cuerpo, sino también sobre la "disposición" del sujeto para hacer sus cosas, y a la larga, también lleva implícita una valoración sobre lo que puede considerarse la actividad "normal" que se espera del

propio sujeto en un contexto familiar o económico determinado.

En un momento dado de la evolución del discurso dominante en relación con la salud y la enfermedad, que ha sido el de la medicina, el componente biológico se hizo predominante. En el siglo XIX, se produjeron notables avances en el estudio del cuerpo, de su anatomía y su fisiología, debido a que se pudo contar con recursos novedosos (como por ejemplo, los microscopios) para realizar mejores observaciones. Esos estudios condujeron a avanzar en la caracterización de la enfermedad. Cuando se identificaron ciertas lesiones en órganos y tejidos que podían ser asociadas a determinados procesos patológicos, académicos del mundo de la medicina (como por ejemplo, el alemán Rudolph Virchow) establecieron que toda enfermedad presupone la existencia de una lesión subyacente comprobable. Se creó así un modo de razonar el problema, que subsiste hasta nuestros días entre algunos médicos muy apegados a la tradición biologicista. Empero, otras perspectivas han ido demostrando que ciertos daños morfológicos, e incluso, ciertas disfunciones, no implican necesariamente la presencia de una enfermedad. Es necesario tener en cuenta, y no sólo a nivel de las representaciones populares, que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas también por otras situaciones que rebasan los estrechos límites del cuerpo y que tienen que ver con el comportamiento individual, el ámbito natural y social en el que el individuo vive, y los determinantes económicos de su propia realidad. Por eso hoy puede decirse que las definiciones de salud y enfermedad requieren de una aproximación que dé cuenta de su complejidad. También es necesario reconocer hoy que no es posible comprender la enfermedad sin comprender la salud y viceversa.

Aun así, no todos los esfuerzos que se realizan producen resultados unánimemente aceptados, sobre todo cuando lo que se pretende es disponer de conceptos que sirvan de base para la construcción y desarrollo de otros conceptos y para el establecimiento de explicaciones y regularidades que puedan conducir a una praxis beneficiosa para los seres humanos

mediante los métodos e instrumentos de las disciplinas que se ocupan del campo de la salud y desde los servicios concretos.

Uno de esos casos es la definición de salud que aparece expresada al inicio del presente apartado.

Por ejemplo, en la citada definición llama la atención que "salud" se postula prácticamente como sinónimo de "bienestar", concepto que tiene muy poco valor operativo, con mucha dificultad para traducirlo en indicadores de uso generalizado, y que siempre estará condicionado por la representación que del mismo se tiene en una sociedad y época dada, en un grupo social o incluso por un individuo en un momento particular de su vida.

La tan usada definición puede haber tenido como antecedente el trabajo de un estudioso inglés, Sigerist, quien a principios de la década de los años 40 contribuyó a que se reconocieran los aspectos sociales que están implicados en los problemas de salud. En su libro "Medicine and Human Welfare" (1941), expresó: "Al igual que hicieron los antiguos romanos y, al igual que John Locke, pensamos en la salud como una condición física y mental. 'Mens sana in corpore sano' continúa siendo nuestro lema. Pero podemos dar un paso más allá y considerar también a la salud en un sentido social. Un individuo sano es aquél que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente, y se halla bien ajustado a su entorno físico y social; controla plenamente sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales --siempre que no excedan los límites normales-- y contribuye al bienestar de la sociedad según su capacidad. La salud no es en consecuencia, la simple ausencia de enfermedad: es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y una aceptación optimista de las responsabilidades que la vida impone al individuo".

El acento puesto por Sigerist en lo social, fue retomado por la definición de la OMS, pero ésta ha sido criticada desde diferentes perspectivas. Una es la de Milton Terris (1992), que la considera imperfecta en varios aspectos, ya que propone que se elimine la palabra "completo", debido a que la salud no es

absoluta, es decir, sugiere que existen diversos grados de salud; propone asimismo que el término "enfermedad" (disease) se reemplace por el término "dolencia" (illness), puesto que la salud y la enfermedad no son mutuamente excluyentes, y critica su carácter parcial porque define la salud únicamente en términos subjetivos. Para este autor, la salud es "un estado de bienestar físico, mental y social que permite funcionar, y no sólo la ausencia de dolencia o afección".

Según San Martín (1984), ha habido una evolución histórica en el pensamiento. Mientras los griegos de la antigüedad hicieron de la salud un culto, a partir del momento en que la ciencia helenística se implanta en Europa el interés se vuelca hacia la enfermedad y lo normal pasó a ser la ausencia de síntomas patológicos. Para este autor hay dos momentos en el decursar de nuestro siglo que han marcado las definiciones. Uno ocurre en la primera mitad, cuando la subordinación de la medicina a la biología deviene evidente, y también se hace evidente la dependencia de la salud de las condiciones de vida y de la ecología humana. Al final de ese período es que surge la conocida definición del organismo internacional. El otro corresponde ya a la segunda mitad del siglo, cuando la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable de equilibrio y desequilibrio entre el organismo humano y su ambiente total, haciéndose resaltar entonces la influencia notable de las relaciones humanas, económicas y sociales.

Se habla entonces del "proceso salud-enfermedad", y la medicina asume un papel más protagónico, como recurso para combatir la enfermedad y devolver la salud a las personas. He aquí una interesante paradoja, porque es precisamente en estos años cuando se produce un notable avance en la disponibilidad de medios tecnológicos para curar las enfermedades, mientras que las disciplinas de las ciencias sociales que tendrían la misión de interpretar los procesos económicos y sociales implicados, y eventualmente contribuir a modificarlos, no logran alcanzar el mismo desarrollo. Y también porque se utilizan muchos indicadores para caracterizar, supuestamente, el estado

de salud, que realmente lo que permiten es caracterizar la enfermedad. Se trata de indicadores de morbilidad y mortalidad, así como de incidencia y prevalencia de las enfermedades en los grupos de población, mientras paralelamente no surgen indicadores para caracterizar la salud en términos "positivos", lo que ha contribuido a que se "desdibuje" la noción de salud y cada vez sepamos menos de qué estamos hablando cuando hablamos de estado de salud.

Para este autor (San Martín), la salud es "una noción relativa que reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y que aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social, fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y por su grupo como la manifestación de un estado mórbido". Como puede apreciarse, en esta aproximación, la salud engloba aspectos subjetivos (bienestar mental y social), aspectos objetivos (capacidad para la función) y aspectos sociales (adaptación y trabajo productivo). La enfermedad es definida como "un desequilibrio biológico, ecológico y social o como una falla de los mecanismos de adaptación del organismo y una falta de reacción a los estímulos exteriores a los que está expuesto; este proceso termina por producir una perturbación de la fisiología y de la anatomía del individuo". En estas definiciones están subyaciendo, además, las ideas de lo "normal" o lo "normativo" y la de "adaptación", términos estos que también pueden merecer una definición precisa, y que de hecho pueden resultar polémicos. No obstante, están insertos aquí dentro del enfoque ecológico que domina el punto de vista de este autor.

Realmente, la consideración de que tanto los conceptos de salud como de enfermedad deben ser comprendidos en una contextualización ecológica en la que aparezcan debidamente reconocidas, junto a las circunstancias biológicas y naturales, las de carácter económico y social, ha hecho que llegue a expresarse que la salud como tal no existe, o que es inalcanzable, al menos para la mayoría de las personas, además de que su expresión puede cambiar dinámicamente en

dependencia de las peculiaridades de la interacción del individuo con su ambiente, mientras que por su parte, la enfermedad, que también está sujeta a semejante dinamismo, se expresa generalmente de manera más objetiva, o por lo menos, más estructurada y reconocible para el propio sujeto, para los que lo rodean y para los portadores del conocimiento especializado que pueden referir tal estado dentro de una taxonomía de diagnóstico y terapéutica.

Por otra parte, una contextualización ecológica facilita la idea de que existe un continuo desde la salud a la enfermedad en el que pueden reconocerse muchos puntos intermedios en la medida en que podamos tener la capacidad de identificar la situación del sujeto en el marco de sus relaciones. Así, menos difícil que caracterizar la salud, y quizás menos fácil que caracterizar la enfermedad, puede ser la identificación del riesgo que está presente en la vida de un individuo concreto en un momento particular de su vida, para el desarrollo de una determinada enfermedad o un grupo de ellas, siempre y cuando podamos tener suficiente información sobre dicho sujeto y sobre sus circunstancias, y siempre que dispongamos del conocimiento suficiente acerca del modo en que dicha enfermedad se asocia con algunas o todas esas circunstancias. Esto, como es lógico, puede favorecer notablemente la prevención de las enfermedades. En lo que hace a la psicología y a las posibilidades de su aporte en el campo de la salud, esta noción resulta de gran utilidad, como podremos ver más adelante, para entender cuál es el papel del comportamiento tanto en el mantenimiento de un determinado estado de salud como en el surgimiento de las enfermedades y en la evolución de las mismas.

Otro enfoque sobre salud y enfermedad, no necesariamente reñido totalmente con lo que se ha expuesto hasta aquí, es el presentado por Pérez Lovelle (1987), quien destaca la necesidad de que la aproximación a este problema se haga partiendo del principio de que la salud es un conjunto de cualidades sistémicas complejas, por lo tanto, difícilmente la

definición de una sola de dichas cualidades podrá conducir a una dilucidación completa del fenómeno, sino que al conjunto de tales cualidades le ha de corresponder un conjunto de definiciones parciales. Para este autor, la salud sería al mismo tiempo:

- a) Ausencia de daño morfológico
- b) Ausencia de limitaciones funcionales
- c) Determinado nivel de bienestar subjetivo
- d) Determinado nivel de bienestar social, o sea, de posibilidades sociales de desarrollo del individuo en el plano económico, cultural, etc.
- e) Determinado nivel de desarrollo de la personalidad, referido a la autorrealización de las potencialidades productivas de la personalidad y su autodomínio.

Así, señala, para cada una de estas cualidades existe una línea de continuidad con un umbral, por encima del cual se puede hablar de salud y por debajo del cual se puede hablar de enfermedad. Denomina entonces "proceso salud-enfermedad" a la dinámica del paso de los umbrales de estas cualidades de acuerdo a determinadas condiciones. El nivel del estado de salud individual depende de las complejas interrelaciones de este conjunto de cualidades, las que manifiestan una fuerte interdependencia, por lo que deben siempre ser entendidas en su conjunto y no por separado.

2) EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA INTERPRETACIÓN CAUSAL DE LA SALUD Y DE LAS ENFERMEDADES

Las explicaciones sobre causalidad en relación con la salud y la enfermedad históricamente se han dirigido con mayor frecuencia hacia el polo "negativo", es decir, hacia la enfermedad, quizás porque las manifestaciones dolorosas y limitantes de la misma obligaban a los hombres a buscar remedios para eliminarlas o atenuarlas.

Mientras que los hombres primitivos mantuvieron en

general una explicación mágica de la enfermedad (como también la tuvieron de muchos otros fenómenos de la naturaleza), en la antigüedad clásica la división del trabajo manual e intelectual permitió la acumulación y transmisión de conocimientos, así como la formación de un pensamiento filosófico, el cual incluía a los problemas de salud.

En Grecia se distinguen dos corrientes diferenciadas. Hipócrates (460-377 a.n.e.) consideró que la enfermedad era una manifestación de la vida del organismo, como resultado de cambios en su sustrato material, y no una expresión de la voluntad o de un espíritu maligno. Estableció que cada enfermedad tiene su causa natural y que sin esa causa natural nada puede tener lugar. Creó la doctrina de la influencia del medio externo en la producción de la enfermedad y reconocía, además, la importancia de diversas características personales. Consideró la enfermedad como un proceso que afecta al individuo integralmente, señalando que la existencia del organismo está determinada por cuatro humores: la sangre, la flema, la bilis amarilla y la bilis negra, siendo la salud consecuencia del equilibrio de los mismos (Resik, 1986). A Hipócrates se le considera el "padre de la medicina", debido a que sus afirmaciones han tenido posteriormente, aun a partir del Renacimiento, una notable influencia. Para nosotros, actualmente, es interesante observar su noción de equilibrio como base de la salud. Para los psicólogos es interesante recordar que en sus observaciones sobre los humores, Hipócrates también describió la noción de temperamento con lo que introdujo uno de los conceptos que más persistencia han tenido (aunque lógicamente reformulado con el paso del tiempo) en la psicología y particularmente en el estudio de la personalidad.

En la misma época, Platón (428-374 a.n.e.) representa la segunda corriente. Como es sabido, Platón encabezó la filosofía idealista en la antigua Grecia y estableció, con respecto a la salud y la enfermedad, que éstas se determinan por un principio no material, el alma divina o "pneuma" y que los

procesos patológicos se producen por las modificaciones del "pneuma" en los organismos y su influencia sobre los órganos. La causa de la enfermedad consiste en un castigo enviado por el cielo, y por consiguiente, no tienen ningún efecto sobre ella los medicamentos, sino sólo los ritos, los himnos y la música. Por otra parte, en la India en los siglos IV y III a.n.e., en la medicina "ayurvédica" no tan solo se señalaban como causales de enfermedades la ira de los dioses, sino también cambios en el clima e incumplimientos de la dieta y de las reglas de higiene, factores materiales estos relacionados con el ambiente del hombre o con su modo de vida, y que mantienen vigencia en la actualidad (Resik, 1986).

En la Edad Media en Europa, la influencia de la religión trajo por consecuencia que muchos de los aportes de las culturas clásicas fueran desatendidos. Importantes procesos históricos, como las Cruzadas y la concentración de muchas personas en burgos y ciudades con pésimas condiciones sanitarias, produjeron grandes epidemias de cólera, peste, y viruela entre otras. La ciencia, o más propiamente el saber de la época, estaba bajo la dominación de la Iglesia Católica y la enseñanza escolástica, lo que hizo prevalecer la interpretación mística de las causas de las enfermedades como asociadas a la ira de Dios o la acción de los demonios. También surgieron las primeras ideas de lo que luego fue la teoría "miasmática", que atribuía la causa de algunas enfermedades a las impurezas del aire y del ambiente. Sin embargo, en el mundo árabe, que conoció en esos tiempos un gran florecimiento, se practicaban liberalmente la disección de cadáveres, la observación y los experimentos. Los árabes sustentaron enfoques materialistas para la explicación de la salud y la enfermedad, señalando que de acuerdo con el equilibrio o el desequilibrio de seis principios se mantenía la salud o se producía la enfermedad. Estos principios eran: el aire puro, la moderación en el comer y en el beber, el descanso y el trabajo, la vigilia y el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales. Una de las grandes figuras de la medicina en el mundo árabe fue

Avicena (980-1037), quien llegó a plantear que en el agua y en la atmósfera existían organismos minúsculos que producían enfermedades y que éstas debían explicarse según la estructura y conformación de cada individuo, su fuerza y sus facultades, los factores del medio ambiente y el esfuerzo de la naturaleza por restaurar y conservar sus funciones vitales (Said, 1980, citado por Resik, 1986).

El importante proceso cultural y científico que se produce en el tránsito del feudalismo al capitalismo y que conocemos como Renacimiento, permitió una revalorización del acervo de conocimientos de la humanidad, entre ellos, las enseñanzas legadas por Hipócrates y Avicena. También el nuevo modo de producción imponía la necesidad de que se encontraran respuestas a muchos problemas prácticos, de ahí que se estimuló notablemente la investigación y se produce el nacimiento de las ciencias modernas. Instrumentos ópticos como el microscopio favorecieron la observación de los microorganismos y el surgimiento de la microbiología, una disciplina que ofreció resultados espectaculares más tarde, en el siglo XIX. En 1882 un médico alemán, Robert Koch, descubrió el bacilo que desde entonces lleva su nombre (agente patógeno de la tuberculosis) y en 1883 describe el *Vibriom cholerae*, agente patógeno del cólera.

La idea de que muchas enfermedades podían tener una etiología muy específica (por ejemplo, un microorganismo) abrió una corriente de interés por descubrir nuevos agentes patógenos y el modo específico de combatirlos. Este esquema simple de "una causa-un efecto-un tratamiento" resultó útil para combatir algunas enfermedades infecciosas, pero ni siquiera podía ser aplicado en todos esos casos. Por ejemplo, el bacilo de Koch es necesario para que se produzca la tuberculosis, pero su presencia no es suficiente. Otras condiciones, como el déficit en la alimentación, por ejemplo, pueden favorecer el desarrollo de la enfermedad, lo que puede explicar por qué ésta es más frecuente entre las personas que tienen malas condiciones de vida.

Los hallazgos basados en la microbiología contribuyeron a la afirmación de una interpretación materialista, pero unicausal, de la enfermedad, y también a robustecer un pensamiento biologicista que en la actualidad conserva peso.

Ciertamente, también en el siglo XIX, hubo otras expresiones provenientes no sólo de médicos, sino también de economistas, filósofos y políticos, que llamaron la atención en el sentido de que la presentación de las enfermedades podía tener una relación con las condiciones materiales de vida y trabajo. Así, Federico Engels en su obra "La situación de la clase obrera en Inglaterra" (1845) describió las pésimas condiciones de vida de los trabajadores y señaló que estos se enfermaban y se accidentaban más, envejecían prematuramente y morían más jóvenes que las capas burguesas de aquella sociedad. Otros pensadores de mediados de ese siglo, como Neumann en Alemania, Chadwick en Inglaterra y Guérin en Francia, tuvieron expresiones acerca de la relación entre el contexto socio-político y la ocurrencia de las enfermedades. Neumann, por ejemplo, decía que "...la mayor parte de las enfermedades que impiden el disfrute completo de la vida o matan a un considerable número de personas prematuramente, no se deben a causas naturales sino más bien a condiciones sociales producidas artificialmente" (citado por Saforcada, 1992). Sin embargo, al finalizar el siglo estos conceptos resultaban opacados por el ya referido auge de la unicausalidad y el biologicismo.

Cuando en nuestro siglo XX el vínculo entre la medicina y la biología se hizo mucho más estrecho, aumentaron notablemente los conocimientos acerca del sustrato material de la enfermedad, y fueron expuestos una variedad de procesos íntimos que ocurren a nivel de órganos, tejidos, células y componentes bioquímicos del organismo humano, sano o enfermo. Fueron encontrados también nuevos recursos químicos y físicos para hacer diagnósticos y tratamientos. Más adelante se han producido notables aplicaciones de la genética a la interpretación y tratamiento de enfermedades e incluso para hacer manipulaciones que arrojan resultados sorprendentes. El

biologicismo inicial del siglo XIX ha pasado a ser ahora ultratecnológico (por decirlo de alguna manera) y todo esto ha tenido tal impacto en la medicina y en la sociedad, que en algunos sectores se ha entronizado un pensamiento aun más reduccionista en relación con las causas biológicas últimas de las enfermedades. Pero paralelamente, una tendencia más racionalista, y que progresivamente se va imponiendo, apunta hacia una comprensión que se orienta hacia la multicausalidad. Aunque quizás este no es el término más apropiado, porque lo "multi" sugiere más bien que diversas causas actúan por agregación o adición para producir la enfermedad, y al parecer lo que ocurre es que diversas causas interactúan siguiendo un patrón de potencialización recíproca en el que no puede obviarse la variable temporal, el hecho es que hablar de multiplicidad de causas nos puede ayudar a entender mejor las cosas.

Si pensamos que la naturaleza del hombre es esencialmente social, no podemos atribuir a lo biológico o a lo natural, exclusivamente, la causa de las enfermedades. Son muchos los factores que actuando a nivel del ambiente humano determinan que una enfermedad se inicie y desarrolle en sujetos concretos e incida, con mayor o menor peso, en determinados grupos poblacionales (Resik, 1986). Los seres humanos vivimos en circunstancias sociales concretas, insertos en un modo de producción dentro del cual ocupamos una posición determinada. Las circunstancias naturales y la propia dotación biológica personal, adquieren sentido en relación con el logro de un nivel de salud o el desarrollo de una o más enfermedades específicas, sólo entendidas en ese contexto. Estos puntos de vista han dado paso a una concepción mucho más amplia en relación con la causalidad de la salud y la enfermedad que se orienta hacia una perspectiva ecológica.

"Mirada con criterio ecológico, la vida implica una interrelación permanente e indisoluble del ser vivo con su ambiente, por medio de la cual el ser vivo no tan sólo satisface sus necesidades básicas y fundamentales, sino que a su vez

está sometido a un conjunto de situaciones que pueden serle afectivas o potencialmente perjudiciales..." (Resik, 1986).

El enfoque ecológico amplio retoma en un nivel superior algunas de las ideas básicas expresadas por Hipócrates y por los hindúes y árabes antiguos, al considerar la salud como el resultado de una interrelación adecuada y favorable del hombre con su ambiente, que se traduce en un correcto y armónico equilibrio de sus células, tejidos, órganos, aparatos y sistemas, que permite el ejercicio a plenitud de todas las potencialidades en concordancia con la edad y el sexo; y a la enfermedad como la disfunción de los mismos como resultado de una interrelación ambiental desfavorable. Debido a que está claro que son muchas las variables del ambiente, se torna insustentable el enfoque unicausal que postulaba una relación unívoca entre una sola variable del ambiente, por ejemplo un microorganismo, y el huésped humano sobre el cual podía actuar éste, relación causal que en rigor partía de una hipótesis ambiental, pero restringida.

Sin embargo, el planteamiento multicausal introduce otras interrogantes. Por ejemplo: ¿qué se puede entender por "equilibrio" y qué es "lo armónico"? ¿qué es una "interrelación favorable"? ¿qué podría ser considerado un "funcionamiento correcto"? ¿qué podría entenderse como "el ejercicio de todas las potencialidades" de un ser humano concreto en un ambiente específico? ¿cuáles características del ambiente (ya sean naturales o sociales) y de la idiosincrasia de los individuos son las que favorecen la aparición de una enfermedad particular o de un cierto grupo de enfermedades? ¿hasta qué punto las características del ambiente o las de la idiosincrasia influyen o determinan la adopción de un tipo particular de interrelación? ¿cómo se manifiesta el problema de lo heredado y lo adquirido (y muy especialmente en esto último lo adquirido mediante el aprendizaje) en la conformación de la idiosincrasia?. Sí las causas son múltiples, entonces, ¿cómo es la relación dialéctica entre ellas? ¿cuáles son principales y cuáles son accesorias? ¿cuáles predisponentes y cuáles desencadenantes? ¿cuándo una causa es necesaria y cuándo es suficiente? ¿cómo opera la

variable tiempo en la causalidad?.

Ninguna ciencia particular contemporánea puede brindar respuestas unilaterales para estas preguntas, ni siquiera la medicina, la que, aunque ha sido el más antiguo cuerpo de saber en relación con la enfermedad, no dispone del aparato categorial necesario para abarcar todas estas dimensiones. La idea contemporánea de la multicausalidad obliga entonces a que el asunto de la salud y la enfermedad deba ser considerado desde la perspectiva de diversas disciplinas, entre las cuales la psicología puede ocupar un lugar muy importante.

En el estudio de esta causalidad se ha postulado la pertinencia de un modelo de tres componentes: el agente, el huésped y el medio ambiente. Se entiende por agente a los factores responsables de la enfermedad; el huésped es el sujeto de una enfermedad, y el medio ambiente el sitio donde ocurre la interacción entre agente y huésped, lo que destaca la importancia del análisis no sólo de los factores que están relacionados con el agente (o los agentes) productor(es) de la(s) enfermedad(es), sino también aquellos factores del ambiente que favorecen su presencia y el análisis de las características o factores que determinan la mayor susceptibilidad del individuo a la acción de los agentes en un medio determinado.

Esta lógica, aunque aceptada en el enfoque ecológico multicausal, sigue portando en cierta medida la linearidad simplista del pensamiento unicausal basado en consideraciones relativas a enfermedades producidas por un agente biológico que actúa en un momento y medio ambiente preciso. Es difícil aceptar totalmente este modelo en los casos en que es el comportamiento del propio sujeto que desarrollará la enfermedad, el que asume el papel de agente causal o el que le da sentido de agente causal a objetos o fenómenos del ambiente que de otra manera no resultarían nocivos. Tanto en ese caso, como cuando ese comportamiento o esos comportamientos adquieren el papel de agente causal sólo cuando han sido practicados de manera reiterada a lo largo del tiempo y bajo determinadas condiciones del ambiente, lo que hace que el

problema de la causalidad puede hacerse aún más complejo, que es de hecho lo que está ocurriendo actualmente con muchas enfermedades no transmisibles crónicas degenerativas, que como es sabido se presentan con mucha frecuencia y constituyen las principales causas de muerte en países del llamado "primer mundo".

De más complejidad puede resultar encontrar las medidas adecuadas para reducir la susceptibilidad del huésped, la "agresividad" del agente o la potencialidad nociva del ambiente. Mientras que en el caso de las enfermedades infecciosas, cuyo agente biológico patógeno está bien identificado se pueden tomar medidas para aumentar la resistencia del huésped (por ejemplo, mediante la vacunación), o saneando el ambiente (para que dicho agente no pueda sobrevivir en él o destruyéndolo), en el otro caso serán necesarias muchas medidas dirigidas a regular comportamientos (incluso algunos muy arraigados que se desempeñan rutinariamente), incidir sobre las motivaciones individuales y sus determinantes, e influir en el diseño de ambientes sociales favorables, lo que puede exigir la realización de acciones muy disímiles, laboriosas y sostenidas, y que en algunos casos pueden resultar impracticables de manera directa o inmediata porque los intentos de modificar el ambiente presuponen la necesidad de transformar condiciones materiales de existencia cuyo substrato está en la injusticia social y en las relaciones económicas de explotación (por supuesto que también la modificación de este substrato es necesaria en la lucha contra las enfermedades causadas por agentes biológicos específicos).

Con independencia de estas complejidades, en la disciplina científica que se ocupa del estudio de la causalidad de las enfermedades y su distribución en los grupos de la población, que es la epidemiología, se han utilizado durante mucho tiempo ciertos criterios para el establecimiento de las relaciones causales, y que aparecerán comentadas de acuerdo al punto de vista de autores que han tomado en cuenta entre ellas a las que de modo genérico denominan "psicosociales" y

que aluden a problemas de comportamiento (Koop y Luoto, 1982, citado por Bloom, 1988).

1) *Consistencia de la asociación*: Este criterio requiere que diversos métodos de estudio del problema ofrezcan conclusiones similares. La asociación debe ser observada repetidamente por diversos investigadores, en diferentes lugares y situaciones, en diferentes momentos y utilizando diferentes métodos de estudio. Mientras más consistencia haya entre los hallazgos que se observan, más confianza se puede tener acerca de su validez.

2) *Fuerza de la asociación*: La medida más directa de la fuerza de la asociación de algún factor psicosocial y el riesgo para alguna enfermedad es la comparación de los índices de muerte o morbilidad entre personas con el factor y sin el factor psicosocial presente. Mientras mayor es la diferencia entre esos índices, más probable es que esté implicado el factor causal que se sospecha en dicho resultado.

3) *Especificidad de la asociación*: La especificidad se evalúa por la extensión en la cual la presencia de un factor causal se asocia con una y sólo una enfermedad. Aunque la demostración de la especificidad hace que una hipótesis causal sea más aceptable, la ausencia de especificidad no significa que el agente sobre el que se sospecha, no esté relacionado causalmente con alguno de los trastornos con los cuales se asocia.

4) *Relación temporal de asociación*: Este criterio supone que la exposición al factor causal sobre el que se sospecha, debe preceder en el tiempo a la aparición de la enfermedad. Los estudios prospectivos de cohorte satisfacen este criterio ya que, debido a su diseño, en ellos se identifican las muestras de estudio en términos de la presencia o ausencia previa del factor causal.

5) *Coherencia de la asociación*: Este criterio de evaluación de la importancia causal de la asociación se basa en su grado de acuerdo con los hechos conocidos sobre la historia natural de la enfermedad. La coherencia supone, entre otros

criterios, que los datos epidemiológicos descriptivos sobre la ocurrencia de la enfermedad correlacionen con las medidas de exposición al agente causal sobre el que se sospecha. Quizás la consideración más importante es la observación sobre la relación dosis-respuesta entre el agente y la enfermedad, esto es, la evidencia de que una progresiva alta ocurrencia de la enfermedad se encuentre entre los grupos de personas más altamente expuestos al factor causal que se sospecha.

6) *Resultados de ensayos preventivos*: Los criterios finales para el establecimiento de una conexión causal entre un agente sospechado y una enfermedad subsecuente es la demostración de que si hay una reducción en la frecuencia de exposición o la intensidad del presumible agente causal, debe encontrarse una reducción subsecuente en la incidencia o severidad de la enfermedad.

Aunque estos criterios han sido y son muy usados, permiten sólo una aproximación limitada al problema de la causalidad cuando se parte de una lógica de "causas múltiples". En todo caso pueden describir la asociación entre una o más causas y una manifestación específica de enfermedad a nivel de un grupo de población, pero tendrán menos potencialidad para explicar el peso de cada una de las causas en la producción de la enfermedad en un individuo concreto. El hecho de que se esté usando la expresión "psicosocial" refleja un acomodo mediante una contracción de dos palabras que aluden a realidades muy interdependientes pero no necesariamente idénticas, y que en rigor debían ser tratadas por separado.

Por otro lado, los factores sociales y psicológicos (y aquí están siendo señalados de modo diferenciado) no siempre guardan una relación específica con una enfermedad concreta. Tampoco pueden ser manipulados fácilmente para tomar medidas de su "dosificación", y si la relación no es directa, la reducción en la frecuencia de exposición o la intensidad del agente causal, no necesariamente traerá una reducción subsecuente "inmediata" en la incidencia o severidad de la enfermedad.

El enfoque ecológico y su postulado multicausal no pueden ser comprendidos adecuadamente si se soslaya el carácter activo del ser humano y el hecho de que su actividad se produce dentro de un conjunto específico de relaciones. Al ser humano no puede aplicarse un esquema naturalista ingenuo (como el que puede representar la tríada huésped-agente-ambiente fuera del contexto de las relaciones sociales) como si se tratara de otro ser viviente cualquiera. Así, Pérez Lovelle (1987) ha indicado que en la causalidad de la salud y la enfermedad se requiere de una aproximación que supere el esquema de un ser humano pasivo recibiendo influjos de un medio ambiente inestructurado. Sólo así podremos entender más adelante el papel del comportamiento en esa causalidad.

Una de las formulaciones más conocidas en materia de causalidad es la debida a los epidemiólogos norteamericanos Leavell y Clark, y que publicaron en un libro dedicado al estudio de la historia natural de las enfermedades (Leavell y Clark, 1965). Ellos contribuyeron a que se entendiera mucho mejor el problema de la multicausalidad, no obstante su enfoque original estuvo muy apegado al problema de las enfermedades producidas por agentes biológicos y físicos, y su consideración sobre el papel del huésped no alcanza a revelar adecuadamente su naturaleza activa, cuya importancia hemos estado destacando en esta escrito. También tiene la limitación de que no profundiza suficientemente en los elementos que pueden resultar determinantes de los factores causales de naturaleza social, los que ya sabemos están asociados a la base económica de la sociedad. Su aporte ha sido tan repetido que se ha esquematizado, pero tiene la ventaja de que permite una representación progresiva de los distintos factores que intervienen en la producción de la enfermedad, y decimos progresiva porque sitúa el problema en una perspectiva histórica, es decir, desde la "no enfermedad" o supuesto estado de salud de un individuo, hasta la producción de la enfermedad y sus posibles secuelas.

El modelo de Leavell y Clark permite una cierta

operativización de la organización de las medidas que se deben poner en práctica para brindar servicios de salud. Es por eso que nos referiremos al mismo brevemente, ya que en la proyección del psicólogo en el ámbito de la salud puede resultar de utilidad, y porque en el lenguaje o en el uso de términos en el sector de la salud, van a encontrar con frecuencia algunos que tienen esta procedencia.

Ellos establecieron dos momentos o períodos en el proceso de la enfermedad: el primero se realiza en el medio ambiente, antes de ser afectado el ser humano, y comprende el período prepatogénico, y el segundo, una vez que ha sido afectado, que es el período patogénico o curso natural de la enfermedad. Ambos períodos constituyen la historia natural de la enfermedad.

En el período prepatogénico es cuando se puede producir una situación de riesgo debido a la relación que adopten el agente, el huésped y el ambiente. Así, se puede decir que ocurre en el medio ambiente, antes de ser afectado el hombre o una población, y se da como parte del estado aparente de salud o de equilibrio ecológico. Es, por tanto, anterior a que se presenten las primeras manifestaciones subclínicas, donde por ende no hay síntomas o manifestaciones de la enfermedad en las personas, pero si hay manifestaciones que son de interés epidemiológico, ya que pueden ser realizadas observaciones que nos permitan apreciar en una situación dada cómo es que se están produciendo las interacciones entre los posibles factores de riesgo para una determinada condición o grupo de condiciones.

Los agentes que potencialmente causan enfermedad pueden ser: físicos (como las radiaciones, el calor, la humedad, el ruido, la energía eléctrica y los objetos que actúan mecánicamente); químicos (como ácidos, combustibles, venenos); biológicos (como los parásitos animales y vegetales, las bacterias y los virus, y otros de carácter "interno" como defectos congénitos originados durante las fases del desarrollo embriológico); sociales y psicológicos. De estos dos últimos no

vamos a dar detalles en este apartado debido a que los trataremos con más extensión cuando estudiemos el lugar del comportamiento en la causalidad de la salud y la enfermedad, lo que constituye uno de los elementos centrales de este texto.

En el huésped son relevantes los siguientes elementos: la herencia (el individuo trae consigo una herencia general o de la especie y una herencia individual, las que pueden determinar o predisponer a una condición patológica); la inmunidad (que puede ser entendida como la suma de procesos biológicos que actúa contra el proceso de invasión de agentes infecciosos o tóxicos en el organismo, y que puede ser natural o adquirida); el grupo étnico al que se pertenece (cuya importancia en la caracterización del huésped humano está muy limitada al hecho específico de que algunas enfermedades son más frecuentes entre los miembros de un determinado grupo étnico, por ejemplo, el cáncer de la piel es más frecuente entre los miembros de grupos étnicos de piel poco pigmentada, determinado tipo de anemia es más frecuente entre personas con un determinado mestizaje, pero se sabe que en general, biológicamente no hay diferencias físicas fundamentales entre las razas); la edad y el sexo; la ocupación habitual; y por último, lo que en la epidemiología ha sido denominado de manera genérica como "los hábitos y las costumbres" por una parte, y "el desarrollo de la personalidad" por otro lado. Estos dos últimos elementos del huésped humano (el individuo concreto, la persona) son también de máximo interés para la psicología.

Con respecto al ambiente, en el análisis de la historia natural de la enfermedad, éste ha sido operacionalizado en tres dimensiones: el ambiente inorgánico (que incluyen las condiciones físicas y geográficas presentes); el ambiente orgánico o biológico (que incluye la flora y la fauna y todas las manifestaciones de vida que pueden tener influencia sobre el individuo y el grupo); y el ambiente superorgánico (que se refiere a la realidad socioeconómica y cultural en la que el individuo se desenvuelve).

Como puede apreciarse, se incluyen en el ambiente

niveles cualitativamente diferentes, pero que no están divididos o separados. En la realidad de cada sujeto individual, así como en la de los grupos sociales, el ambiente está dado como una unidad en la cual las condiciones físicas y geográficas pueden, y de hecho tienen, un impacto sobre el ambiente orgánico, y éstos, a su vez, pueden ejercer una influencia sobre el denominado superorgánico, pero al mismo tiempo la realidad social y cultural (que en esencia, tiene un basamento también económico) ejerce un notable impacto sobre los dos primeros. Para decirlo de alguna manera: reconocemos cualidades diferentes en el ambiente, pero ante cada ser humano concreto que interactúa con él, éste se representa y se vive como una unidad que lo afecta de manera indivisible. La actividad de los hombres modifica sus circunstancias, y esta modificación incluso puede ser hecha tanto para mejorar el ambiente como para dañarlo, como está ocurriendo en la actualidad como resultado de la irracional explotación de los recursos naturales y como consecuencia del consumismo y otras formas de vida derivadas de la sociedad capitalista.

Para una comprensión apropiada del papel del comportamiento en la causalidad de la enfermedad, es de suma importancia la comprensión de los procesos sociales en los que nos vemos inmersos.

En el análisis de la historia natural de la enfermedad, el planteamiento de Leavell y Clark, reconoce como segundo momento el período patogénico, que comprende la fase de evolución de la enfermedad en el individuo, y que se divide en dos etapas: la subclínica y la clínica. En la primera, las manifestaciones de la enfermedad son mínimas y sólo pueden confirmarse mediante exámenes, el individuo no percibe su estado de enfermedad. La segunda corresponde al estado de enfermedad, se dice que en ese momento ya se ha rebasado el "horizonte clínico", es un estado que presenta un cuadro reconocible que llama la atención del propio enfermo, de sus familiares, y que puede identificar el médico, ya sea por las manifestaciones objetivas corporales, como por las emocionales

y del comportamiento. En esta etapa clínica se presentan los signos y síntomas de la enfermedad, la que puede evolucionar hacia la incapacidad temporal y posterior recuperación, o hacia el establecimiento de un estado crónico o un defecto permanente, o hacia la muerte, en dependencia del proceso en cuestión.

¿Cuál es la lectura que los psicólogos podemos hacer del complejo problema de la causalidad de la salud y la enfermedad? A mi modo de ver se puede resumir del siguiente modo:

1.- Tanto el buen estado de salud como la enfermedad se pueden asociar a múltiples causas, las que son de diverso orden, entre las que están las de carácter social y las relativas al comportamiento.

2.- La producción o desarrollo de una determinada condición de enfermedad requiere la presencia no sólo de las causas necesarias, sino de que estas sean suficientes. El comportamiento puede intervenir en la dinámica de las causas, tanto como causa necesaria, como contribuyendo a que las necesarias de otro orden se conviertan en suficientes.

3.- El carácter activo del "huésped humano" obliga a que lo entendamos en su dimensión psicológica, en tanto personalidad inserta en el conjunto de sus relaciones sociales. El huésped humano es una PERSONA.

4.- El ambiente social no es sólo un "medio" en el cuál se establece la relación entre el "agente" y el "huésped", es también un generador de causas que pueden afectar por su carácter específico a un individuo o grupo de individuos.

5.- El grado de susceptibilidad o resistencia de un individuo ante la acción de los agentes externos no está determinado solamente por sus cualidades biológicas. Las variables psicológicas juegan un importante papel en determinar ese grado de susceptibilidad o resistencia, no solamente por sí mismas sino por la influencia o modulación que pueden ejercer sobre la condición biológica.

6.- La interpretación psicológica de las variables sociales

del ambiente puede contribuir a la modificación de su potencial agresivo sobre el individuo. Del mismo modo, desde la psicología se puede contribuir a elevar la resistencia del sujeto tanto para no enfermar como para favorecer la evolución de la enfermedad.

7.- Aunque todas las enfermedades tienen una determinación multicausal, las variables del ambiente social y las psicológicas pueden ser más relevantes en el origen y evolución de algunas más que de otras. Son esas precisamente las que deben recibir atención prioritaria de la psicología.

8.- Mientras el estudio y caracterización de las causas naturales de todo tipo, y particularmente de las biológicas, ha sido realizado desde hace mucho tiempo debido a la atención que recibieron a partir de los espectaculares descubrimientos del pasado siglo, el interés por el estudio de las variables del ambiente social y del comportamiento es mucho más reciente, de manera que el aparato de conceptos y categorías pertinentes está en franco desarrollo, por lo que esto constituye un reto para las disciplinas sociales y en particular para la psicología. La tradición biologicista de la medicina opaca en ocasiones la comprensión de estos elementos de la causalidad y frena el desarrollo de esta aproximación, debido a que se tiende a simplificar su carácter o porque se plantean posibles explicaciones lineales que resultan imposibles en este dominio.

9.- Por otro lado, durante mucho tiempo los psicólogos estuvieron interesados solamente en la causalidad de las enfermedades que en su momento fueron denominadas "mentales" debido a su expresión predominante como problemas del comportamiento que se aleja de la norma. Sin embargo, el papel de la psicología no puede limitarse a este tipo de problemas de salud.

10.- Por último, si necesario es el estudio del papel del comportamiento en la producción y evolución de la enfermedad y de ciertas enfermedades en particular, necesario e importante es también este estudio en relación con la producción de la "salud positiva", como algunos han dado en llamar a la salud

como hecho positivo en términos de bienestar y óptimo funcionamiento en un medio social determinado.

3) LA FRECUENCIA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

Si aceptamos un enfoque multicausal y ecológico de la salud y de la enfermedad debemos aceptar entonces que los problemas de salud que con mayor frecuencia afectan a los individuos que son miembros de los conglomerados humanos, deben variar en dependencia de las variaciones que se registran en el ambiente con el cual interactúan, de la distribución y concentración de agentes nocivos en el mismo, y de la frecuencia con que determinados grados de susceptibilidad-resistencia generales y específicos están presentes en esos individuos. Estas variaciones siguen diferentes patrones. Uno podría ser denominado "de evolución temporal", el que se relaciona con los cambios que se van dando con el paso del tiempo, y para el cual lo determinante no es el simple paso de los años, sino que, como ni el ambiente natural ni el social son estáticos, es esperable que cuando analizamos una cultura observemos que se registran cambios en la frecuencia con que determinadas enfermedades se presentan. Así, por ejemplo, entre los habitantes de los países de Europa occidental en el siglo XIX podían aparecer el tétanos, la fiebre tifoidea, la tuberculosis y el cólera como enfermedades frecuentes e incluso como motivos de muerte. Sin embargo, en esos países ninguna de esos problemas aparecen entre los principales en la actualidad, tanto porque han cambiado en general las condiciones materiales de existencia, como los recursos disponibles para prevenirlos y eventualmente curarlos. Pero otros problemas pasan a ocupar los primeros lugares. Por ejemplo, en esos mismos países, ahora lo frecuente son las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, el cáncer y los accidentes.

Otro patrón podría denominarse "de distribución económico-regional". Del mismo modo que en una cultura dada

el ambiente natural y social no permanecen estáticos, estos ambientes tampoco son uniformes, ni a nivel de toda la humanidad, a veces ni siquiera dentro de las mismas regiones de un país determinado. En el mundo en que vivimos hay diversas realidades geográficas, climáticas y naturales en sentido general, pero sobre todo, hay una diversidad de realidades sociales que tienen que ver no sólo con elementos culturales, sino muy especialmente con la injusta distribución de los recursos materiales, de la riqueza, las oportunidades de trabajo y los servicios sociales y de salud. No es por vivir en una u otra región del mundo, sino por las condiciones de vida que predominan en cada una y la posición de clase que se ocupa, que las personas se enferman y mueren más frecuentemente por ciertas causas. Así, muchos de esos problemas que hoy son casi desconocidos para la mayor parte de los habitantes de los países llamados eufemísticamente del "primer mundo", son muy frecuentes todavía entre los habitantes de los países subdesarrollados, en los que la pobreza se asocia a la desnutrición, la ignorancia, las condiciones precarias de vivienda, los ambientes insalubres, la mala calidad del abastecimiento de agua y los pésimos servicios para la atención de la salud. Una representación de los problemas de salud más frecuentes nos puede producir un cuadro de diferencias regionales, que lo que en verdad nos está expresando es un cuadro de diferencias económico-sociales.

Un tercer patrón, muy vinculado con el anterior, seguiría un criterio que podemos denominar "etéreo". En todos los países, las condiciones de vida tienen un impacto general sobre la estructura de la población, y en particular sobre lo que se denomina "expectativa de vida". De manera simple, en algunos países (y dentro de estos, preferentemente ciertos grupos de población) las personas como promedio viven más años, en algunos este índice es hasta de 75 años e incluso más. Cuando en una población hay muchas personas de edad avanzada, serán más frecuentes las enfermedades crónico- degenerativas que tienden a aparecer en esas edades, y dado que son

enfermedades que no causan la muerte desde el mismo momento en que se establecen, sino que acompañan la vida de las personas imponiéndoles algún grado de limitación para sus actividades cotidianas, esas personas exigen atención y cuidados mantenidos. Donde el índice promedio de expectativa de vida es más bajo (en algunos países llega a estar alrededor de los 50 años) son menos frecuentes esas enfermedades crónicas.

Algunos países que no tienen un alto nivel de desarrollo económico pero que disponen de una distribución equilibrada de sus recursos, y de buenos servicios de salud, pueden tener entre sus enfermedades y causas de muerte más frecuentes indicadores parecidos a los de los países desarrollados. Otros países en esa misma situación económica, pero con otras formas de distribución de sus recursos y con limitaciones en el acceso a los servicios de salud, pueden tener ciertos grupos de población (por ejemplo, los que viven en áreas urbanas) cuyas enfermedades y causas de muerte más frecuentes, resultan parecidas a los de los países desarrollados, mientras que los habitantes de núcleos suburbanos marginales y del campo padecen de enfermedades y mueren, frecuentemente siguiendo la pauta de los países más empobrecidos.

Por ejemplo, en datos que citan Mora y Hersch (1990), los Estados Unidos de Norteamérica, en 1975, con un Producto Nacional Bruto per cápita de 4 760 dólares al año, tenían una tasa de mortalidad global de 388.5 por cada 100 000 habitantes y las cinco principales causas de muerte fueron: enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, accidentes y neumonías e influenza. En Cuba, un país con muchos menos recursos económicos, pero con un excelente servicio de salud y justicia social, en ese mismo año, con un Producto Nacional Bruto per cápita de 810 dólares al año, la mortalidad global fue de 550.0 por cada 100 000 habitantes y las cinco principales causas de muerte fueron: enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, neumonías e influenza, y accidentes, un

orden muy parecido al de los Estados Unidos. En México en 1982, con un Producto Nacional Bruto per cápita anual de 1 542 dólares, la mortalidad global fue de 561.1 por 100,000 habitantes y las cinco principales causas de muerte fueron: enfermedades del corazón, accidentes, diarreas y enteritis, neumonías e influenza, y la morbilidad perinatal, un patrón en el que están presentes al igual que en los otros dos países las enfermedades del corazón en primer lugar, pero en el que aparecen en tercer lugar las diarreas y enteritis, que están muy asociadas a las condiciones higiénico-sanitarias del medio y a la educación, y en quinto lugar, la morbilidad perinatal, que incluye los problemas que se presentan alrededor del nacimiento de los niños y que pueden hacer que éstos evolucionen hacia la muerte si no reciben una buena atención. Como comentan estos autores, a partir de los datos de Cuba, no se puede establecer una relación simple entre ingresos y patrón de mortalidad. Depende de cómo están distribuidos esos ingresos y de cómo se atiende la salud de la población.

La importancia de estas consideraciones para el psicólogo de la salud son obvias. Hay un grupo de problemas de salud que, vistos a escala poblacional, parecen tener una relación menos evidente con el comportamiento individual, o al menos con aquellos comportamientos que el individuo puede controlar. Como se ha indicado, existen ambientes peligrosos para la salud ante los cuales pueden desplegarse comportamientos preventivos, pero en ciertas circunstancias, esos comportamientos preventivos no son posibles, e incluso, algunos comportamientos riesgosos e incluso dañinos para la salud son inevitables. Por eso, el psicólogo de la salud caería en una falacia si se le ocurre pensar que en todos los casos las acciones sobre el comportamiento producirían cambios definitivos en el estado de salud de los individuos y los grupos. El psicólogo de la salud debe partir de una lectura o interpretación de la realidad en la que se está moviendo, conocer cuáles son en ese contexto los problemas de salud más frecuentes y cuáles son sus determinantes, y a partir de esos

datos, establecer las prioridades para su trabajo. No debe ser totalmente fatalista, pero el impacto de sus acciones será limitado. Aún en aquellas situaciones en las que las condiciones económicas y sociales son muy negativas, se puede trabajar en la dirección de modificar el comportamiento individual en el sentido de hacerlo evolucionar hacia el desarrollo de conductas pertinentes para obtener el mejor nivel de salud de las personas en ese ambiente. Pero sus estrategias de trabajo deben ser las adecuadas para esa situación. Tendrá entonces que trazar programas conjuntos con otros profesionales de la salud y otros actores sociales para generar cambios sobre el ambiente y para de modo conjunto, contribuir a la generación de los cambios en el comportamiento. Un ejemplo podría ser el de los cambios en materia de nutrición. Como se sabe, las carencias nutricionales son responsables de muchos problemas de salud, en particular en la infancia. Participar en un equipo de trabajo (junto a economistas, agrónomos, sociólogos, médicos) en el marco de un programa integral para el desarrollo de la comunidad, que incluya entre sus objetivos un mejor aprovechamiento de los recursos nutricionales, puede producir mejores resultados que la acción independiente de un psicólogo que quiera orientar el comportamiento de las personas hacia un patrón nutricional más sano sin que paralelamente se estén desarrollando los recursos materiales en que sustentar ese patrón de comportamiento.

Otros problemas de salud están más asociados con comportamientos individuales cuya transformación puede contribuir a ejercer un mejor control sobre el ambiente y a partir de los cuales la nocividad del mismo es susceptible de ser disminuida o neutralizada. Así, las enfermedades del corazón tienen la posibilidad de ser prevenidas en parte mediante cambios en el "estilo de vida" individual, e incluso, una vez establecidas, su evolución puede verse favorecida con esos cambios. En una población en la que esos problemas sean los predominantes, las estrategias de los psicólogos de la salud pueden ser más específicas.

Como muchas veces pasa, las tecnologías se generan en

los países con más desarrollo económico. Esto ha ocurrido con la psicología de la salud, cuyas producciones más divulgadas proceden de los Estados Unidos. Entonces, aparecen muchos trabajos dedicados a explicar cómo deben actuar los psicólogos ante los problemas de salud que en ese país son los más frecuentes (las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y otras enfermedades crónicas, así como sus riesgos, por ejemplo, el estrés). Sin embargo, se habla poco acerca de los procedimientos psicológicos para trabajar con la desnutrición, los ambientes insalubres, los problemas de la reproducción y otros que tanto afectan el estado de salud de los pobres en los países del tercer mundo. Los psicólogos de la salud latinoamericanos necesitamos tener la capacidad de conocer bien nuestros problemas y desarrollar nuestras propias tecnologías para ellos, lo que puede ser más útil para nuestros pueblos que trasladar mecánicamente o copiar las tecnologías y los enfoques de moda en el mundo desarrollado. De ese mundo debemos tomar lo mejor tecnológicamente, pero siempre adaptándolo a nuestra peculiar realidad.

4) LAS DISCIPLINAS QUE PARTICIPAN EN EL ESTUDIO Y ATENCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD

La medicina es la disciplina que más protagonismo ha tenido históricamente, y sigue teniendo, en relación con el estudio y atención de los problemas de la salud y la enfermedad. Se discute si es una ciencia o un conjunto de conocimientos concernientes a varias ciencias, lo que parece ser lo más acertado. Por ejemplo, hoy en día se dice "las ciencias médicas" aludiendo a ese conjunto de disciplinas. Además, en la investigación, la enseñanza y la práctica de la medicina, se integran aportes de otras disciplinas sin los cuales aquella no pudiera existir (por ejemplo, de la biología, la bioquímica, la anatomía, la fisiología, la física, entre otras). La medicina es también una actividad profesional muy definida, sujeta a muy diversas convenciones y expectativas.

La medicina se practicó de una u otra forma desde los tiempos más remotos, pero fue en el Renacimiento que comenzó a incorporar progresivamente el método científico. Desde entonces, al decir de Saforcada (1992), pueden observarse en su desarrollo la estructuración de dos cuerpos teórico-prácticos profundamente diferenciados: la medicina clínica y la medicina social. La primera representa un paradigma individual-reduccionista, la segunda uno social-expansivo.

Siguiendo a este autor, el paradigma individual-reduccionista se sustenta en el pensamiento médico que se organiza alrededor de la enfermedad y en la clínica. La reflexión y la búsqueda quedó enfocada a un hombre yacente, descontextuado y tomado en cuenta sólo como reservorio de la enfermedad, en una perspectiva eminentemente biologicista. Habiendo sufrido modificaciones en su evolución, la esencia de este paradigma se mantiene hasta la actualidad en muchas de las manifestaciones de la actividad médica, e incluso, en relación con algunos problemas, se ha fortalecido a causa de los notables avances tecnológicos que se han registrado en cuanto a medios de diagnóstico y de tratamiento, por lo que a veces ni siquiera se alcanza a tomar en cuenta integralmente a ese hombre yacente, sino que se atiende, más que al enfermo, a la enfermedad o algún aspecto parcial de ella. No obstante todas las críticas que se le hacen, aun desde esa perspectiva, la medicina clínica ha hecho notables avances en la explicación de las enfermedades y en la búsqueda de tratamientos. No puede confundirse el reduccionismo individualista con la necesaria y útil práctica de una buena clínica.

El paradigma social-expansivo se sustenta en las ideas de que las concepciones y prácticas en salud deben ubicar al hombre en su contexto social y de la responsabilidad del Estado en el cuidado de la salud de la población. Estas ideas surgieron paulatinamente desde el siglo XVIII en Europa y se fortalecieron a mediados del siglo XIX en medio de las revoluciones liberal-burguesas ocurridas en ese continente. Muchos pensadores contribuyeron con sus aportes, entre ellos los ya citados Guérin

en Francia, que dio el nombre de Medicina Social a este modo de entender los problemas de salud, y Neumann en Alemania, que decía que "...la ciencia médica es intrínseca y esencialmente una ciencia social, y mientras esto no se reconozca en la práctica no seremos capaces de disfrutar sus beneficios y nos tendremos que conformar con una concha vacía y una simulación..." (citado por Rosen, 1985).

Más tarde, ya en el siglo XX, el alemán Grotjahn, que publica en 1911 su tratado de Patología Social, y el ruso Shemashko que fundó e impulsó en la naciente Unión Soviética la salud pública socialista, contribuyeron notablemente, entre otros, a fortalecer el enfoque social de la medicina.

Una de las disciplinas médicas que mejor representa esta orientación hacia lo social es la epidemiología, que tiene sus antecedentes en estudios estadísticos acerca de enfermedades infecciosas y nutricionales en Inglaterra (como por ejemplo los realizados por Budd sobre la fiebre tifoidea), y que tomó mayor estructuración cuando a mediados del siglo XIX John Snow en ese mismo país aplicó el método científico al estudio de una epidemia de cólera. En sus inicios se ocupó primordialmente de la distribución y modo de transmisión de las enfermedades contagiosas. Más tarde se le ha definido (San Martín, 1983) como "una disciplina fundada en la ecología, en la estadística y en el método científico de análisis (hipotético-deductivo) cuyo objetivo básico es el estudio descriptivo (epidemiología descriptiva), y analítico (epidemiología analítica) de la salud-enfermedad como fenómenos, no solamente biológico-ecológicos, sino también como fenómenos sociales, económicos y políticos". De esta manera, continúa señalando San Martín, "la epidemiología describe las características del fenómeno, su distribución en las sociedades humanas, sus tendencias en el espacio y en el tiempo; simultáneamente considera los mecanismos biológico-ecológicos, los factores de riesgo asociados a la salud-enfermedad y los orígenes sociales del fenómeno". De la simple descripción de datos resumidos y agrupados por procedimientos matemáticos, la epidemiología ha

pasado a ser una ciencia que en correspondencia con el enfoque multicausal de la salud y la enfermedad, busca trascender los acontecimientos puramente biológicos para entrar en el análisis de procesos de carácter social.

La epidemiología tiene una estrecha relación con la demografía, que es el estudio de las colectividades humanas, especialmente en lo que se refiere a la estructura y dinámica de la población y con la estadística, sin cuyo apoyo sería muy difícil reunir, analizar, interpretar e inferir datos sobre los grupos de población y su estado de salud y de enfermedad.

En atención al creciente reconocimiento de la participación de los procesos sociales en la salud y la enfermedad, en la segunda mitad de este siglo la sociología ha tenido importantes momentos de desarrollo en relación con este campo. Esta disciplina contribuye a caracterizar y explicar los fenómenos sociales pertinentes a la salud, la adopción e interjuego de roles significativos (como el del enfermo y los de los que prestan servicios de salud como los médicos), y las expectativas en relación con los mismos. La antropología social ha contribuido por su parte al esclarecimiento de la formación de creencias, valores, hábitos comunes y prácticas que en distintos grupos culturales son relevantes en los problemas de salud e influyentes en el comportamiento individual. Otras disciplinas hacen contribuciones relevantes, entre ellas, la geografía, la pedagogía y la informática.

La psicología en su proyección hacia el estudio de los problemas de la salud y la enfermedad tendrá necesariamente que establecer importantes relaciones con estas disciplinas, conocer sus aportes y nutrirse de ellos.

5) LA SALUD PUBLICA Y SUS TENDENCIAS ACTUALES

Del mismo modo que la salud y la enfermedad están condicionados por procesos sociales y económicos, la lucha por la salud también está afectada notablemente por estas realidades. En el capitalismo, la práctica de la medicina privada

se ha basado en el modelo individual reduccionista, apoyado en la clínica y la atención de las personas enfermas. Con el incremento de los recursos tecnológicos, esa atención se hace cada vez más cara, y por lo tanto, cada vez más inaccesible para las capas populares. Los esfuerzos por desarrollar servicios que se orienten hacia la promoción de salud, la prevención de las enfermedades y la atención de calidad para los enfermos, con una orientación pública, ya sea sostenidos por el estado o por sistemas de seguridad social, han tenido que sortear muchos obstáculos. No obstante, en algunos países se han registrado avances en la construcción de una concepción de salud pública, sobre todo en aquellos en los que ha existido un mayor nivel de voluntad política en esta dirección. En países con estructura económica y orientación política socialista, los sistemas de salud pública han obtenido grandes logros, tal es el caso de Cuba en el contexto latinoamericano.

En 1920 el inglés Winslow definió la salud pública como "la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones en la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal, organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud". Posteriormente Winslow cambió "salud física" por "salud física y mental" (citado por Terris, 1992). Para el epidemiólogo norteamericano contemporáneo Milton Terris, en 1990 se hacía necesario modificar la definición de Winslow de manera que tome en cuenta los acontecimientos recientes, y lo hizo del siguiente modo: "La salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades

infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud" (Terris, 1992).

Estos cambios en la definición sugeridos por Terris obedecen al hecho de que en los tiempos de Winslow los problemas principales para la salud pública eran las enfermedades infecciosas, la prevención del contagio, el control de las epidemias y el saneamiento del ambiente. En nuestros tiempos estamos, como dice el propio Terris, en la época de la "segunda revolución epidemiológica" debido a que a partir de 1950 se han ido logrando notables conquistas en la epidemiología de las enfermedades no infecciosas (fundamentalmente en los países con mejores niveles de desarrollo). Citándolo textualmente advertimos que.... "en los tres decenios siguientes, los epidemiólogos forjaron potentes armas para combatir la mayoría de las principales causas de la mortalidad. Al hacerlo, iniciaron una segunda revolución epidemiológica la cual, si actuamos oportunamente, dará lugar a una enorme disminución en el número de muertes prematuras y en el número de personas que sufren algún tipo de discapacidad". Cuando se revisan los problemas de salud que ahora son los más importantes, encontramos que esa segunda revolución a la que alude Terris no puede llevarse a cabo sin una decidida implicación de la ciencia del comportamiento. Y él mismo cita los siguientes ejemplos: las enfermedades del corazón se asocian a la adopción de una dieta rica en grasas saturadas y colesterol, presión arterial elevada, tabaquismo y falta de ejercicio físico. Entre los agentes etiológicos del cáncer se encuentran la exposición a radiaciones, el consumo de tabaco y el de alcohol. Las enfermedades cerebrovasculares se asocian también a la presión arterial alta como factor de riesgo. Los accidentes, que aunque son la cuarta causa de muerte en las Américas, se clasifican en primer lugar en términos de la pérdida

de años de vida potencialmente productivos, y no son tan accidentales... "cada tipo de los denominados 'accidentes' involucra un agente específico, un huésped y factores ambientales dependientes del accidentado....". Las enfermedades pulmonares obstructivas son en su mayor parte el resultado del tabaquismo. Las enfermedades hepáticas crónicas y la cirrosis, que es la décima causa de muerte globalmente en las Américas, son causadas casi enteramente por el consumo de alcohol. La prevención de estas enfermedades depende entonces en mucho, de que las medidas de salud pública y la organización de los servicios se encaminen a la generación de comportamientos saludables y a la modificación de los que constituyen riesgo de enfermar para quienes los practican. Por otro lado, como la mayor parte de estos problemas de salud son "crónicos", es decir, que una vez que se han establecido pueden acompañar a la persona durante mucho tiempo, empeorar su estado y conducir a la muerte paulatinamente, el comportamiento puede jugar un papel muy importante en esa evolución. Podrán reducir las limitaciones que les impone su enfermedad y alargar su vida aquellos que puedan adherirse adecuadamente a los tratamientos y los regímenes de vida que cada una de estas enfermedades exige para su buena evolución. En este sentido, no se trata ya solamente de que la salud pública tenga la capacidad de desarrollar medidas para generar comportamientos saludables, sino de que la atención de estos enfermos incluya la perspectiva psicológica para promover el comportamiento pertinente en relación al estado de enfermedad.

Durante mucho tiempo la salud pública y los servicios en ella sustentados le han concedido una alta prioridad a la atención médica, entendiéndose esta como servicios para curar y, destinándose a los mismos muchos más recursos que a la promoción de la salud y a la prevención. En la actualidad se enfatiza que la salud pública debe priorizar estos dos últimos aspectos, pero también es necesario el aumento del nivel de vida y la participación de toda la sociedad en un enfoque

multisectorial. No obstante ello, en la práctica subsisten muchas deformaciones y en muchos países se sigue observando una clara falta de correspondencia entre la estructura y funcionamiento de su salud pública y los problemas de salud que afectan con mayor frecuencia a su población.

Por eso no es extraño encontrar que a nivel del discurso se ponga énfasis en la importancia de la integración de las ciencias sociales y de la psicología al campo de la salud, aunque en la realidad cotidiana los servicios siguen dominados por la medicina, incluso en muchos lugares por la medicina clínica, concediéndosele eventualmente un mínimo espacio a la actividad de las profesiones que le dan salida al saber social y psicológico. Para la psicología en particular, debe constituir una tarea de primer orden asumir que uno de sus campos de acción aplicado más importante es el que tiene que ver con los problemas de salud, comprender la naturaleza actual de la problemática, y desarrollar los enfoques, la tecnología y los recursos humanos necesarios que le permitan disponer de las herramientas propicias para aportar las contribuciones que hoy resulta necesario hacer en este ámbito.

Lecturas indicadas: Resik (1986); Saforcada (1992);
Pérez Lovelle (1987); Terris (1992)

CAPITULO II: LA PSICOLOGÍA Y LOS PROBLEMAS DE SALUD

1) LOS ANTECEDENTES

La psicología es un saber científico que ha seguido un accidentado desarrollo como consecuencia de la naturaleza del problema que constituye su objeto de estudio, lo que por sí mismo es un motivo de polémica.

Hasta el siglo XIX, como es sabido, la psicología se consideraba parte de la filosofía, pero en la segunda mitad de ese siglo, los diferentes y múltiples conocimientos hasta ese momento acumulados se fueron configurando en un espacio propio, bajo la influencia de las corrientes empiristas racionalistas promovidas por la revolución industrial que exigían un cambio desde la especulación hacia la ciencia experimental. La psicología comenzó a alcanzar respetabilidad como ciencia "independiente" a través de una actividad que se basaba en los trabajos de laboratorio y la aplicación del pensamiento positivista. Un conjunto de exposiciones teóricas realizadas entre las dos últimas décadas de aquel siglo y las tres primeras del actual contribuyeron a la institucionalización académica de esa respetabilidad inicial, a través de aportes de orientación tan disímil como los realizados por James, Titchener, Binet, Freud y Watson. Por otra parte, la influencia de nuevos conocimientos derivados de otras ciencias (como los desarrollados por Pavlov desde la fisiología, por ejemplo) contribuyó a enriquecer el número de hipótesis, observaciones y datos experimentales.

Mientras la falta de acuerdo sobre la respuesta a problemas que resultan básicos, produjo una diversidad de posiciones que se han traducido en el desarrollo de "escuelas" con aparatos categoriales y lenguajes propios, la práctica profesional aplicada a diferentes campos de la vida social fue alcanzando extensión progresivamente desde inicios del actual siglo, y con mayor definición, después de la Segunda Guerra

Mundial. Como se ha sugerido, ocurrió así que la psicología irrumpe como profesión antes de su consolidación como ciencia básica (Ribes, 1982).

En relación con los problemas de la salud y la enfermedad, el pensamiento y la práctica psicológica se han visto notablemente influenciados por la propia evolución sobre los conceptos de salud y las tendencias dominantes y alternativas en la medicina a las que se hacía referencia en el capítulo anterior, debido a que:

1) quedaron diferenciados dos enfoques generales en cuanto a los objetos de atención prioritarios, los métodos, los espacios de actuación y el acento en la formación de recursos humanos, que resultan réplicas, por un lado, del modelo individual-restrictivo de la medicina clínica y, por el otro, del modelo social-expansivo. A cada uno de estos enfoques se vinculan diferentes modelos de actuación profesional psicológica, unos que se corresponden a la orientación clínica y otros a la orientación social; y.

2) las diferentes construcciones teóricas o "escuelas" han formulado explicaciones propias, presumiblemente coherentes con sus planteamientos básicos en relación al papel de lo psicológico en la determinación de la salud y la enfermedad, lo que ha dado lugar a que en ciertos momentos se prioricen algunos aspectos de los problemas, así como a que existan explicaciones y prácticas diversas para los mismos problemas, o a que se dé mayor énfasis a la orientación clínica que a la orientación social y viceversa.

Una revisión del asunto nos muestra entre los modelos de orientación clínica a la *psicología clínica*, la *psicología médica* y la *medicina conductual*. La orientación social está representada por la *psicología comunitaria*.

2) LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

La *psicología clínica* es el más viejo de estos modelos y comienza desde finales del siglo XIX, asociado al trabajo de

instituciones para enfermos mentales. Como un área de definición propia, la psicología clínica tuvo sus comienzos en 1896, cuando Lighthner Witmer estableció una clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania. Witmer aplicó algunos de los métodos de laboratorio que habían sido desarrollados por la reciente psicología experimental a los problemas de casos individuales. También en su clínica se adoptó pronto lo que después sería ampliamente conocido dentro del ambiente psiquiátrico como "enfoque de equipo". Los médicos, especialmente neurólogos, colaboraban con los psicólogos de la clínica en el estudio de los casos y también participaban asistentes sociales.

Durante el período inicial intervinieron otra serie de factores que desempeñaron papeles de diversa importancia en el crecimiento de la psicología clínica, como por ejemplo, la aparición de la primera versión del test de inteligencia de Binet-Simon en 1905, cuya influencia se hizo notar de inmediato en la práctica. Otro factor fue el avance de la psiquiatría, pues en esa época el punto de vista funcional iba adquiriendo cada vez mayor consideración a través de la actividad de hombres como Charcot y Janet en Francia, Freud en Austria y Meyer en los Estados Unidos.

Bajo esta influencia surgió otro tipo de clínicas, como la que William Healy inició en 1909 para el estudio de la conducta de los delincuentes en colaboración con el Tribunal de Menores del condado de Cook, en Chicago. De este modo, la preocupación inicial de Witmer en relación con los aspectos cognitivo-intelectuales de la personalidad a través de su trabajo con retrasados mentales, se vio ampliada hacia los aspectos afectivos y de comportamiento social, lo que obligó a un estudio más amplio del individuo por parte de los psicólogos clínicos y esto exigía de instrumentos más dinámicos y de mayor alcance. Así se daban las condiciones que estimularon la creación de diversos tests psicológicos, algunos de los cuales se han seguido usando hasta la actualidad.

Paralelamente, se organizaron laboratorios de

diagnóstico psicológico, basados fundamentalmente en el uso de tests, en hospitales y servicios de psiquiatría. Más tarde la psicología clínica en los Estados Unidos recibió cierto apoyo institucional, con la creación en 1931 de la sección clínica de la American Psychological Association, y la publicación de informes de esa y otras asociaciones sobre la formación de psicólogos clínicos.

Otros elementos que contribuyeron notablemente a extender el modelo de psicología clínica fueron las grandes necesidades asistenciales que se generaron como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, con la creación de fuentes de trabajo para los psicólogos, la creciente implicación de los psicólogos clínicos en el tratamiento de los enfermos a través de la práctica de la psicoterapia individual y de grupos, y la expansión de las carreras de psicología en las universidades de muchos países, en las cuales los departamentos y cátedras de "clínica" podían presentar un caudal de experiencias y tecnología generalmente más coherente que las demás especializaciones de la profesión de psicólogo, cuyo camino había comenzado más recientemente.

Realmente, hoy puede considerarse que a lo largo del siglo transcurrido desde el inicio de la psicología clínica, sus características básicas siguen siendo las mismas. Es un modelo de actuación profesional centrado en la enfermedad más que en la salud; enfocado hacia el individuo, más que al grupo o a la comunidad; enmarcado, como referencia, en la enfermedad "mental", estableciendo un límite que deja en un segundo plano los problemas del soma, con lo que se expresa una dicotomía propia del paralelismo psicofísico; dirigido prioritariamente al diagnóstico; vinculado con más frecuencia al trabajo hospitalario que a la atención primaria en instituciones de la comunidad; muy estrechamente asociado a una disciplina médica (la psiquiatría); y considerado algunas veces como una actividad paraprofesional subordinada (Morales y Azcaño, 1987).

La psicología clínica ha tenido una práctica extensiva. Sus características básicas la hacen aparecer más como un

modo de aplicar la psicología a una parte de los problemas de la enfermedad, que como una teoría explicativa, ni siquiera de la llamada "enfermedad mental".

Sus aportes fundamentales se encuentran en el contexto asistencial, debido a que ha permitido hacer contribuciones al diagnóstico de dichas enfermedades y de sus antecedentes y a hacer más eficaz la calidad de la atención de los enfermos.

En su interior existen diversas variantes condicionadas por los presupuestos teóricos que han sido aplicados, lo que ha conducido a enfoques de mayor o menor rigor, pero su utilización tan reiterada contribuyó a diseñar una imagen y una expectativa social acerca del papel de la psicología en el sector salud que ha tenido un marcado impacto tanto en el público como entre las autoridades académicas y de los servicios, de manera que en ocasiones queda restringida la valoración que éstos hacen de las posibilidades de aporte de la psicología y de los psicólogos.

No obstante, la psicología clínica ha sido un antecedente muy importante del modelo actual de psicología de la salud, campo en el cual el método clínico ocupa un lugar relevante en el abordaje de determinados problemas específicos. Avanzar hacia la psicología de la salud no puede negar rotundamente a la psicología clínica, sino que es necesario aprovechar sus experiencias y aportes situándolos dentro de una dimensión más abarcadora.

Mientras que la psicología clínica surgió como consecuencia de la práctica de los psicólogos, la psicología médica tuvo su origen en la actividad de los médicos, muy especialmente la de aquellos dedicados a la medicina interna.

3) LA PSICOLOGÍA MÉDICA

La *psicología médica* ha sido definida de modo bastante esquemático como "la psicología aplicada a los problemas planteados por la medicina" (Delay y Pichot, 1969), o como "la disciplina que se ocupa del estudio de los factores psicológicos

que intervienen en las distintas manifestaciones de la práctica médica.....la aplicación de la psicología a la medicina" (Bustamante, 1969). También hay otras definiciones de una mayor amplitud como la que la considera "la ciencia práctica que abarca cuantos problemas y cuestiones psicológicas son de importancia para la comprensión y el tratamiento racional de los enfermos, así como para conseguir el bienestar psicofísico y psíquico de la humanidad" (Ardid, 1981, citado por Núñez de Villavicencio, 1987). Aunque esta última formulación expresa en su cláusula final un propósito muy general, el hecho es que en psicología médica predominó hasta fecha muy reciente la idea central de que su contenido comprendía específicamente la aplicación del conocimiento psicológico a la comprensión de las manifestaciones emocionales y de comportamiento de los enfermos, el análisis de la participación del psiquismo en el origen de las enfermedades de expresión eminentemente somática y al estudio de las relaciones de los médicos con sus pacientes,

Se puede considerar que la psicología médica tuvo sus comienzos en Europa a principios de siglo, como reacción frente a la excesiva atención que se venía prestando por esa época a la descripción de síntomas, síndromes y "entidades nosológicas" y que tenía como eje los órganos y aparatos. Mientras se desarrollaba la técnica y se acumulaban observaciones y datos muy valiosos, el hombre como unidad que protagoniza y padece la enfermedad, no aparecía en esas valoraciones, no era el objeto de la medicina.

Surgen entonces las preocupaciones humanistas, influidas por el pensamiento antropológico de la época, y también en parte, debido al interés que ya suscitaban los trabajos de Sigmund Freud, que introducen una revalorización del papel de la psiquis en la enfermedad y en el enfermo.

Se reconocen en esa época dos corrientes de pensamiento que facilitaron la posterior evolución de la psicología médica: el "Círculo de Viena", y la "Escuela de Heidelberg".

Los representantes de estas corrientes abogaron en favor de que el médico clínico no abandone, aún en el caso de la afección de aspecto más claramente somático, la búsqueda de factores psicológicos que pudieran formar parte de la patogenia o determinar que su aparición quede matizada por un componente psicógeno. Señalaron asimismo el valor incalculable que tendría para el médico adquirir en su formación un conocimiento de los hombres en el más amplio sentido de la palabra.

Una influencia muy notable sobre la psicología médica fue realizada por el auge de la llamada medicina psicosomática, teoría basada en el psicoanálisis y en sus presupuestos acerca del papel que podían jugar en el desarrollo de las enfermedades la represión y los conflictos psicosexuales. Así, se consideró que un conjunto específico de determinantes psicológicos, tales como conflictos no resueltos, vivencias, necesidades persistentes, entre otros, podían constituir el precursor necesario para ciertas enfermedades de expresión somática. Se tenía la idea de que esos trastornos somáticos descansaban en una relación simbólica con ciertos rasgos de la personalidad o un conflicto psicológico no resuelto. Las enfermedades que fueron estudiadas dentro de esta corriente fueron fundamentalmente la hipertensión, la artritis reumatoidea, la úlcera péptica, la colitis ulcerativa, la migraña, algunas enfermedades de la piel como la psoriasis y el líquen plano, la alergia, la diabetes y el asma. Generalmente, los representantes del enfoque de la medicina psicosomática no utilizaban el método experimental, sino que basaban sus aseveraciones en observaciones clínicas, por lo que después del impacto inicial que alcanzaron las obras de Flanders Dumbbar (1943) y de Franz Alexander (1950), la psicología médica ha evolucionado, descartándose la concepción de que enfermedades específicas estén directamente relacionadas con tipos de personalidad o de conflictos específicos.

Otra base del desarrollo de la psicología médica estuvo en el interés progresivo que a partir de la década de los años 50

tuvo el estudio de la relación médico-paciente y la adaptación de los enfermos a las condiciones hospitalarias y al cumplimiento de los tratamientos. Los estudios de Szasz y Hollender (1956) sobre los patrones de relación deseables en diferentes situaciones de la enfermedad recabaron mucho interés entre los médicos y este tema (el de la relación médico-paciente) quedó incluido en la mayoría de los programas de estudio para la formación de médicos y enfermeras. También contribuyeron por esa época los trabajos de Janis (1958) sobre la preparación psicológica de los pacientes que iban a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas, con los que demostró que esta intervención favorece la evolución y reduce el tiempo del postoperatorio y la ocurrencia de complicaciones.

La psicología médica ha padecido de las limitaciones de la medicina clínica. Su interés básico está en la situación de enfermedad, en los concomitantes psicológicos de la condición de enfermo, en favorecer los comportamientos adecuados para una buena evolución y en que el personal de asistencia tenga una buena comprensión de los pacientes. En los últimos años, una vez que fue perdiendo autoridad la teoría psicosomática, los presupuestos de la psicología médica fueron orientándose en otra dirección, en particular después de los trabajos de los psicofisiólogos sobre las emociones y su repercusión somática (como los de Wolf y Wolf), de Selye sobre el estrés (Selye, 1956), y en general de desarrollos acerca de la relación entre el comportamiento y la salud, los que también están en la base de lo que hoy consideramos psicología de la salud. Lo que inicialmente fue un campo limitado y sin una visión dirigida hacia la prevención de las enfermedades y su comprensión en el contexto social, sesgado, además, por una base teórica de poco rigor metodológico, influyó de todos modos en la actividad de los médicos y de los servicios de asistencia a los enfermos. Hoy esta área de aplicación de la psicología debe quedar comprendida dentro de un enfoque general de psicología de la salud, como se fundamentará más adelante.

Para abonar el camino hacia la psicología de la salud

actual, la psicología médica ha tenido, sobre todo, la virtud de haber reclamado como un objeto de trabajo a las personas con padecimientos del cuerpo, lo que ya representa un paso más si se le compara con la psicología clínica y su interés central en la enfermedad "mental".

4) LA MEDICINA CONDUCTUAL

La *medicina conductual* comenzó como una continuidad del modelo de la psicología médica, resaltando el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y manifestación de las enfermedades y buscando medios para su tratamiento. En su base se encuentra el análisis experimental de la conducta y su auge en Estados Unidos hacia la década de los años 60, época en la que se registraba un gran interés por trasladar a la práctica asistencial los resultados obtenidos mediante el trabajo experimental.

Los representantes de la medicina conductual la definen como "un campo interdisciplinario que integra los conocimientos conductuales y biomédicos relevantes para la salud y la enfermedad" (Miller, 1983). Otra definición, de Schwartz y Weiss (1978) describe el campo de la medicina conductual ampliamente como "el campo relacionado con el desarrollo del conocimiento y técnicas de las ciencias de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad y la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación". Pomerleau y Brady (1979) sugirieron que por medicina conductual se debería entender: a) el uso de técnicas clínicas surgidas del análisis experimental de la conducta, que se enmarcan bajo los rubros genéricos de terapia y modificación de la conducta y, b) una tendencia hacia el quehacer de investigación, teniendo como soporte metodológico el análisis funcional de los comportamientos asociados a cualesquiera desórdenes médicos.

Al referir la historia de la medicina conductual, Blanchard (1982) sugirió que tres acontecimientos separados ocurrieron a

principios de la década de los años 70 que intervinieron en la creación de este campo. Primero, un conjunto de bien establecidas técnicas de tratamiento diseñadas para cambiar el comportamiento, y que habían sido utilizadas con éxito con enfermos mentales, comenzaron a ser usadas con pacientes con otros problemas médicos, como por ejemplo, la obesidad y la incapacidad para abandonar el hábito de fumar. Segundo, el desarrollo del campo de la biorretroalimentación estaba haciendo posible efectuar cambios fisiológicos comprobables en funciones corporales. Tercero, comenzaba a dirigirse la atención hacia las dos principales fuentes de mortalidad de los adultos (el cáncer y las enfermedades cardiovasculares) y hacia las vías a través de las cuales los cambios en el comportamiento podían jugar un papel útil en el tratamiento y prevención de esas enfermedades.

Por otro lado, Agras (1982) señaló cuatro factores que pueden ayudar a comprender el rápido crecimiento de la medicina conductual: primero, el antecedente de que la medicina psicosomática había generado un cuerpo de investigación que vinculaba los factores psicológicos a un número determinado de enfermedades. Segundo, el campo de la terapia de la conducta y el del análisis conductual aplicado habían generado un número de procedimientos de tratamiento, psicológica y conductualmente orientados para una variedad de trastornos físicos. Tercero, los estudios epidemiológicos habían identificado un número de factores que incrementan el riesgo asociado con ciertas enfermedades. Cuarto, principalmente como una consecuencia del rápido aumento de los costos en el tratamiento de las enfermedades, se produjo un aumento en el interés por la prevención en general, y en particular, en los factores psicológicos y sociológicos dentro del trabajo de prevención.

De acuerdo a Carrobbles (1984), "aunque el campo de la medicina conductual surgió básicamente por iniciativa de los psicólogos trabajando en el campo de los problemas físicos de salud, muchos profesionales médicos sintonizaron de inmediato con el nuevo enfoque y prácticamente desde el principio se planteó éste como un campo multidisciplinar en el que la ciencia

médica asumía igualmente su protagonismo y responsabilidad". A este respecto es interesante seguir su análisis a partir de las definiciones que se pueden considerar más representativas. Por ejemplo, la definición que se adoptó en el Primer Congreso sobre Medicina Conductual celebrado en Yale en 1977 (y que es la de Schwartz y Weiss citada antes) fue modificada un año más tarde por la Academia de Investigación en Medicina Conductual de los Estados Unidos. Esta modificación revela ya una tendencia a incluir en este enfoque un mayor realce a la integración con el ámbito biomédico: "La medicina conductual es el campo interdisciplinar relacionado con el desarrollo y la integración del conocimiento y las técnicas de las ciencias conductual y biomédica relevantes para la salud y la enfermedad, así como la aplicación de este conocimiento y estas técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación" (Schwartz y Weiss, 1978). Destaca Carrobles el relevo que en estas definiciones se hace de los problemas abordados tradicionalmente por la psiquiatría, como la psicosis y la neurosis, ya que desde la definición original de 1977 se expresaba: "la psicosis, la neurosis y la ingestión abusiva de sustancias están incluidas sólo en la medida en que contribuyen a trastornos físicos como una fase terminal" (Schwartz y Weiss, 1978; Carrobles, 1984).

Entonces puede decirse que la medicina conductual, al hablar de interdisciplinariedad, expresa un reconocimiento, como señala Carrobles (1984), de que "los problemas de salud son multifactoriales y no exclusivos de un enfoque o un profesional determinado, sino patrimonio de variados enfoques y profesionales", lo que evidentemente revela una posición amplia, pero también abre el campo a la biomedicina y a la práctica de los profesionales médicos. El problema de la interdisciplinariedad es un problema complejo. Baste decir por ahora que, como señala Bloom (1988), la medicina conductual sugiere un especial interés por la conducta y por el cambio conductual, pero su actividad funciona como parte de la práctica médica. Por otro lado, explícitamente busca dejar fuera el

espacio de los problemas de salud que se manifiestan como "trastornos mentales", que ha tenido una relación muy estrecha con la psicología, como ya hemos visto cuando revisamos el tema de la psicología clínica.

Para la medicina conductual ha sido central el principio de la biorretroalimentación. Este se deriva del descubrimiento experimental de Miller (1969) de la susceptibilidad del control voluntario de procesos somáticos inervados por el sistema nervioso autónomo, lo que abrió la posibilidad de realizar intervenciones terapéuticas para un número considerable de trastornos de expresión patológica a nivel somático y que tienen un origen funcional, introduciéndose así una tecnología psicológica en casos que tradicionalmente habían sido tratados con terapéuticas médicas, entre los que se encuentran las cefaleas de tensión, algunas formas de espasticidad muscular, la hipertensión, las úlceras y algunas formas de dolor crónico. Las distintas aplicaciones del *biofeedback* pueden agruparse de acuerdo con cuatro grandes sistemas biológicos de respuesta que comprende el organismo humano: respuestas del sistema somático, respuestas del sistema nervioso autónomo, respuestas del sistema nervioso central, y respuestas del sistema endocrino y bioquímico. Citando en extenso a Carrobbles (1984): "la alteración anormal de estas diferentes respuestas a nivel funcional da lugar a distintas patologías o problemas denominados psicofisiológicos, consistentes básicamente en fallas en el mecanismo regulador homeostático que modula el funcionamiento de estas respuestas en el proceso de adaptación del organismo al medio. Estas respuestas, en su activación y desactivación a través de la interacción del organismo con su medio son reguladas funcionalmente por los mecanismos de *feedback* naturales existentes en el organismo. Cuando este sistema está alterado y se producen los problemas, el procedimiento de *biofeedback* parece operar facilitando a los sujetos afectados una información adicional sobre la función alterada externamente a través de los aparatos y equipos técnicos apropiados, para de este modo permitir al sujeto

controlar y volver a reequilibrar la respuesta alterada por medio del nuevo *feedback* facilitado, auxiliado en el proceso por la operatividad de los principios de la psicología del aprendizaje".

Otros principios derivados del análisis conductual aplicado han sido utilizados también para la modificación de comportamientos de riesgo (por ejemplo, en relación con la ingestión de alimentos en la obesidad), para estimular la adherencia (seguimiento) de tratamientos medicamentosos y otros regímenes terapéuticos, y para la adaptación de los pacientes al medio hospitalario.

La medicina conductual como momento en un desarrollo hacia una psicología aplicada a los problemas de la salud y la enfermedad, es un hito importante. Pero debe considerarse que su énfasis sigue siendo en relación con manifestaciones de la enfermedad, siendo menor su desarrollo en relación con la promoción de salud y la limitación de los riesgos para el desarrollo de procesos patológicos, ya sea en el ambiente social o en las personas. Por otro lado, al concentrarse en el tratamiento de síntomas e incluso de manifestaciones clínicas más estructuradas, se corre el riesgo de prestar poca atención a la persona y a sus modos globales de interacción con su realidad circundante, en donde se encuentra la fuente de muchos de sus problemas y dificultades adaptativas.

Otras críticas y reservas han sido formuladas con respecto a la medicina conductual. Epstein (1992) señala que siendo este un campo multidisciplinario requiere que se aborde con nivel de formación y experiencia tanto en ciencias de la conducta como en ciencias biomédicas. Pero, ese nivel de experiencia necesario en dos áreas de especialización, está mal definido y depende del nivel de análisis y característica del problema, dando lugar a diversas dificultades debidas a que los investigadores con formación conductual requieren cierto grado de conocimiento del área biomédica o que los de formación biomédica requieren de formación en ciencias de la conducta, de la que a veces unos y otros carecen, o no se logra la cooperación adecuada. Kaplan (1990) considera que una tendencia

importante en la medicina conductual es que está enfocada hacia los mecanismos biológicos más que a los conductuales, lo que valora como un punto de vista muy estrecho.

En un artículo reciente Piña, Obregón, Corral y Márquez (1995), destacan como un importante problema de los planteamientos de la medicina conductual "la incapacidad para observar en el análisis experimental de la conducta, como ejemplar metodológico, sus múltiples limitaciones, sobre todo cuando éste ha estado asociado a una serie de modelos explicativos sobre el comportamiento, cuyo énfasis se ha puesto en el estudio de respuestas únicas en tiempo o de respuestas que son afectadas particularmente por consecuencias estímulos, y que en el caso de la propia medicina conductual han legitimado el uso de procedimientos o técnicas para el cambio conductual sin una revisión rigurosa de los principios que le subyacen". Indican también que los cuerpos tecnológicos de la terapia y modificación de la conducta constituyen lo que se ha dado en llamar tecnologías "prácticas", que aparecieron dentro de la disciplina sin fundamentos científicos sólidos, o sin que hasta el momento de su surgimiento se hubieran consolidado los marcos teóricos que les dieron lugar. En el campo de la medicina conductual no se presenta una definición sobre salud, la que habría sido necesaria para formular las bases de su práctica y su desarrollo tecnológico. La ausencia de un modelo psicológico de salud que permita analizar, describir y explicar por qué y bajo qué circunstancias una persona enferma o no, es quizás la principal limitación de la medicina conductual, y lo será de cualquier otra formulación que pretenda desarrollarse sin cumplir con este requisito. Estos autores concluyen señalando las siguientes observaciones centrales a la medicina conductual: 1) incorporación acrítica de una gran variedad de principios y técnicas provenientes de múltiples marcos teóricos entre los cuales no existe coherencia conceptual; 2) presencia de un pragmatismo tecnológico que ha dado por sentado, sin una revisión exhaustiva de sus supuestos, que los procedimientos y técnicas surgidos del análisis experimental y empleados en el

ámbito de la psicología clínica, pueden ser extensivos para los problemas de la salud física; 3) tendría un valor relativo en el terreno de la rehabilitación, sin embargo, en los niveles de la evaluación, investigación, y sobre todo en la prevención, las limitaciones de naturaleza conceptual y metodológica, relativas a lo que se define como comportamiento y el conjunto de eventos que se relacionan con éste, siguen estando presentes.

El examen de estos tres desarrollos de la psicología como aplicaciones al campo de la salud y la enfermedad permite apreciar como las diferentes aproximaciones que se han hecho al problema siguiendo una línea de pensamiento clínico-individual han tenido muchas limitaciones. La primera es que, al tener como eje la enfermedad, se han venido planteando los mismos esquemas de la medicina para describir manifestaciones, relaciones etiológicas particulares, y procedimientos terapéuticos específicos. De ese modo, lo esencialmente psicológico, el análisis cuidadoso de sus regularidades y la construcción de bases de suficiente generalidad, han quedado relegados ante la producción de un gran número de resultados parciales e inconexos. Estos desarrollos han carecido también de un análisis de la problemática de la salud y la enfermedad desde una perspectiva ecológica y de comprensión de la actividad humana en el ambiente social. El hecho de que las búsquedas han estado estimuladas por la necesidad de creación de procedimientos traducibles en soluciones prácticas y por urgencias del trabajo profesional en contextos asistenciales, ha traído como resultado que todos estos esfuerzos no sean más que aproximaciones parciales, que en conjunto, no producen una completa respuesta a los problemas básicos.

5) LA PSICOLOGIA COMUNITARIA

Una de las aproximaciones de la psicología hacia los problemas de salud que se separa de la línea clínica individual y comienza a desarrollar un enfoque social, es la de la *psicología comunitaria*. Entre sus antecedentes se cita a la dinámica de grupos y organizativa y los procesos de toma de decisiones, cuyos pioneros fueron Kurt Lewin y otros psicólogos sociales, partiendo de las premisas de que muchos problemas de las personas pueden resolverse de la mejor manera posible en el ámbito comunitario, y de que cuando los ciudadanos y los grupos se reúnen para enfrentar eficazmente un problema que afecta a la comunidad se produce un sentimiento de realización (Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe, 1988). En la década de los años 60, en los Estados Unidos, la psicología aplicada se orientó hacia la necesidad de dar respuesta a los problemas planteados por el interés en la prevención de las enfermedades y la promoción de salud, entonces aparece la comunidad como objeto de intervención. El término psicología comunitaria se utilizó por primera vez en el informe de una reunión patrocinada por la Universidad de Boston y el Instituto de Salud Mental, denominada "Conferencia sobre la Educación de Psicólogos para la Salud Mental Comunitaria", celebrada en 1965 en la localidad de Swampscott, nombre por el que generalmente se le cita (Bennet y cols., 1966), surgiendo así un movimiento en el que evidentemente las primeras acciones se enfocaron aun bajo la influencia de los recursos tradicionales de los psicólogos, formados fundamentalmente para el trabajo clínico. Concurría también el hecho de que entonces el interés más marcado era hacia la prevención de las enfermedades mentales que se expresaba en el llamado Movimiento por la Salud Mental Comunitaria. Por lo tanto, en el origen de la psicología comunitaria confluyeron diversas posiciones teóricas y metodológicas, no obstante, de acuerdo a Costa (1984), lo que anima básicamente a los psicólogos involucrados en este desarrollo es diferenciarse de los objetivos marcadamente

individuales y asistencialistas de los psicólogos clínicos y contrariamente, enfatizar en los objetivos comunitarios y sociales y en una perspectiva preventiva y educativa. Su posición central se basaba en: 1) la insatisfacción con el modelo médico, el cual, resumiendo al autor antes citado, genera atribuciones erróneas acerca del origen de las enfermedades, soslaya el estudio de la adecuación del entorno, y no cuestiona las condiciones sociales de existencia, excluye la participación y no fomenta la salud como un concepto integrado; 2) la insatisfacción con la psicoterapia, debido a sus limitaciones para resolver los problemas de la gente; 3) insatisfacción con el rol tradicional del psicólogo centrado en el psicodiagnóstico; 4) irrupción de los avances de la ciencia del comportamiento, que brindan la posibilidad de proveer a los psicólogos de rigor metodológico y criterios evaluativos de su acción profesional; y 5) las aperturas que en esa época se dieron en aquel país para el activismo social a partir de la creación de ciertos programas para el trabajo de salud en la comunidad.

La psicología comunitaria se apoyó en el llamado modelo de competencia (Albee, 1980), que parte de la idea de que la "incidencia de los problemas de salud que pueda presentar un ciudadano o una comunidad de ciudadanos es una razón variable que depende, por una parte, de defectos o causas orgánicas y del estrés ambiental, y por otra parte de los sistemas de autoestima y apoyo social" (Costa, 1984). Según este mismo autor, la incidencia de los problemas de salud puede ser reducida:

- 1) Desarrollando sistemas comunitarios competentes (escolar, laboral, sanitario).

- 2) Desarrollando competencias en el ciudadano a fin de que éste maneje adecuadamente sus fuentes de estrés y sea hábil en obtener recursos y sistemas de apoyo social.

- 3) A través de ciudadanos competentes y Sistemas Comunitarios Competentes introducir cambios ecológicos a fin de ejercer algún control sobre el estrés económico y social. De este modo, el desarrollo de competencias se integra como parte

de un esfuerzo político de cambio social con persistencia multidisciplinaria e intersectorial.

Este modelo supone un conjunto de acciones a ser emprendidas por los psicólogos en su trabajo con la comunidad, entre las que se incluyen: 1) la promoción de conductas saludables en las personas y animarlos a tener su estado de salud profesionalmente controlado; 2) influir en el diseño del entorno ambiental (viviendas, parques, áreas de recreación); 3) facilitar el acceso a los servicios de salud; 4) fomentar los sistemas de apoyo social; 5) socializar el conocimiento científico sobre el cuidado de la salud para hacer a las personas más competentes y partícipes en su autocuidado, así para que dispongan de mejores recursos para enfrentar situaciones nocivas y de tensión; 6) potenciar la participación de la comunidad en los proyectos de salud; 7) facilitar el acceso a los servicios psicológicos; 8) disponer de la capacidad de evaluar las intervenciones que se realizan sobre la comunidad; y 8) darle a las intervenciones carácter interdisciplinario e intersectorial.

Al referirse a una evaluación de la psicología comunitaria más de 20 años después de su surgimiento, Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe (1988) indican que ésta "ha realizado progresos significativos ayudando a los ciudadanos a abordar los complejos problemas de sus comunidades. Se han desarrollado procedimientos para una participación sistemática de los ciudadanos en la toma de decisiones. La evaluación de las necesidades en salud mental de las comunidades ha alcanzado una etapa más avanzada...se está procurando el uso más frecuente de los servicios de salud mental y de los organismos de base comunitaria por parte de grupos de orígenes étnicos y culturales marginales. Se han desarrollado métodos de evaluación y procedimientos para promover el cambio en los ámbitos comunitarios, así como instrumentos para medir los diversos aspectos de la disposición de una colectividad hacia la acción social. Los ciudadanos se han organizado para enfrentar problemas nacionales a un nivel local y los psicólogos han desempeñado una función en esta actividad". Si nos

atenemos a esta valoración, que sin indicarlo explícitamente parece estar referida muy concretamente a la situación de esta área en su país de origen, la psicología comunitaria ha estado vinculada en este tiempo a problemas más cercanos a la llamada "salud mental" que a la salud en un sentido general. Esta es también una apreciación de Saforcada (1992), quien apunta que "al indagar sobre los problemas hacia los que dirigen sus esfuerzos los psicólogos comunitarios estadounidenses en sus trabajos en terreno, es raro encontrar problemas que no entren dentro de lo que ellos mismos califican como componentes de la salud mental". Considera como una de las limitaciones de éstos "que los determinantes socioambientales tomados en cuenta para operar en ellos a fin de resolver los problemas encarados, son casi siempre los pertenecientes al mismo nivel ecológico del ecosistema de la comunidad en cuestión. Los pertenecientes a sistemas y estructuras más amplios no son trabajados ni considerados". También retoma las apreciaciones de Palmonari y Zani (1990) en el sentido de que usaron la asunción, en sí correcta, de la influencia del orden social sobre el sufrimiento psíquico, sobre la discapacidad cultural y sobre el retardo mental, de un modo demasiado simplista, pero este simplismo chocó con la complejidad de los hechos y llevó a repetidos fracasos.

Un análisis exhaustivo de los resultados de la psicología comunitaria, tanto en Estados Unidos como en España (donde se le prestó mucha atención en las décadas de los años de las décadas del 70 y 80) y en América Latina, implicaría un ensayo independiente que no resulta apropiado en el marco de los propósitos de este texto, pero, puede asumirse que: 1) la psicología comunitaria representa una intención de reconocer los problemas del comportamiento individual que son pertinentes para la salud y la enfermedad en una perspectiva que desplaza el acento desde el individuo hacia el medio social, por lo que resulta un enfoque más cercano a la evolución del pensamiento sobre la causalidad de la enfermedad, que en la actualidad reconoce su dimensión interactiva y ecológica, y que, por tanto,

representa un paso avanzado con respecto a los modelos individualistas de aplicación de la psicología que examinamos antes; 2) su diseño metodológico basado en el llamado modelo de competencia no contribuye suficientemente ni a esclarecer el modo de participación de las variables psicológicas ni de las sociales presentes en el proceso salud-enfermedad, ni tampoco al desarrollo tecnológico requerido, debido a un planteamiento simplista tanto del individuo como del ambiente, así como de las relaciones entre éstos; y 3) su orientación general no logró rebasar, en la práctica, el campo de la llamada salud mental. No obstante, constituye un importantísimo antecedente de una concepción de psicología de la salud, y muchas de sus experiencias pueden ser válidas para el trabajo en instituciones de salud de atención primaria, y para el diseño y aplicación de proyectos y políticas de promoción de salud siempre y cuando logren ser insertados en una formulación de mayor amplitud.

6) HACIA EL CONCEPTO DE PSICOLOGIA DE LA SALUD

Todos los antecedentes que se han descrito nos pueden permitir entender porqué en un momento determinado fue emergiendo un concepto de mayor amplitud, que es el de psicología de la salud. Es muy importante establecer que no se trata de una simple yuxtaposición de agregados de aspectos parciales de los modelos de actuación profesional revisados, sino que es una construcción progresiva que parte de un enfoque diferente, al menos en lo que respecta a los aspectos aplicados y de ejercicio profesional.

Desde mi punto de vista, se puede considerar que la psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las

circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben (Morales, 1995).

Es innegable que esta definición es muy amplia, y de hecho puede recibir muchas críticas, sobre todo cuando se formula la pregunta de cómo se puede sostener este modelo profesional en una conceptualización. Será necesario entonces detenernos en esa conceptualización en otro momento. Por ahora, lo que nos interesa destacar es lo siguiente: 1) la psicología de la salud no es una nueva psicología ni una psicología diferente que trata de reclamar, por el hecho de llevar el apellido "de la salud", el carácter de disciplina independiente o propia. No se trata de esto, es una rama aplicada de una disciplina más general, que como todos conocemos ya tiene una amplia variedad de temas polémicos y contradictorios por resolver; 2) le interesa todo lo que se relaciona con variables psicológicas en el proceso salud-enfermedad, que se asume en su carácter multicausado, incluyendo también entre sus intereses los problemas que se desprenden de la atención de la salud y las enfermedades de las personas, lo que supone de hecho no sólo asuntos organizativos o económicos, sino también de carácter psicológico, son acciones que se producen por personas y para personas; 3) se ocupa no sólo de la atención o curación de los enfermos. Esto, que ha sido una práctica extensa y que ha producido diversos resultados teóricos y de investigación, es también de su interés, pero ahora también queda incluida la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, y no debe prestarse a confusiones porque se diga psicología "de la salud"; en términos simples se prefiere utilizar en su denominación la que alude a la parte positiva del proceso, pero estamos hablando de psicología aplicada a "la salud y a la enfermedad y sus secuelas"; y por último, 4) aunque

a la psicología, como disciplina que estudia el comportamiento, se le ha asociado tradicionalmente al estudio de las desviaciones de éste, dentro del comúnmente conocido como campo de la "salud mental", la concepción de psicología de la salud se relaciona con todos los problemas de salud, ya sea que estos se expresen en términos de enfermedad primordialmente a través de manifestaciones "mentales" o "corporales", división, que por demás resulta improcedente, ya que no es más que una referencia contemporánea al viejo planteamiento dualista. Asimismo, en esta definición se está reivindicando la importancia de la psicología de la salud en el plano práctico, para el trabajo con sentido amplio.

Con un propósito informativo, y para documentar las tendencias que se dan en relación con la psicología de la salud, se citarán a continuación otras definiciones que han sido expuestas.

Para Bloom (1988), la psicología de la salud "se relaciona con el estudio científico de la conducta, ideas, actitudes y creencias relacionadas con la salud y la enfermedad".

Stone (1979, 1988, 1991) considera que la psicología de la salud "comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud, no solamente en lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la salud pública, la educación para la salud, la planeación de la salud, el financiamiento de la salud, la legislación sobre salud y otros componentes de este tipo del sistema total". Y agrega que bajo esta perspectiva, "cualquier rama de la psicología que tenga que ver con el sistema de salud debe ser una subdivisión de la psicología de la salud". Así, "la práctica tradicional de la psicología clínica, enfocada hacia los problemas de la salud mental, debe ser una de esas subdivisiones, del mismo modo que la neuropsicología o la psicología aplicada a la rehabilitación". Señala que "desde un punto de vista organizacional no tiene mucho sentido subordinar empresas más antiguas, amplias y mejor definidas a otra que escasamente

tiene una década de antigüedad; pero conceptualmente, las relaciones entre los campos pueden ser vistas de una manera más simple si este agrupamiento es reconocido". Este autor es explícito cuando afirma que el de la psicología de la salud es un campo más amplio que el de la medicina conductual, en términos del rango de problemas y escenarios que ocupan su atención.

La División de Psicología de la Salud de la American Psychological Association la define como "las contribuciones educacionales, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada, así como para el análisis y mejoramiento del sistema de atención de la salud y la formación de la política de salud". Esta definición es también la propuesta por Matarazzo (1980) y Albino (1983). Debido a que es la definición aceptada por una organización profesional de mucha representatividad en Norteamérica, ha sido muy comentada, señalándose que los cuatro aspectos que en ella están identificados han sido resueltos implícita o explícitamente de la manera siguiente:

- 1) que el campo de la psicología de la salud está relacionado con las contribuciones especiales que los psicólogos pueden hacer a la salud; 2) que el término salud debe ser entendido de la manera más amplia posible, para incluir tanto la salud como la enfermedad, la salud física como la mental, y trastornos específicos y diagnósticos, tanto como el sentido general del malestar, la robustez, o el bienestar; 3) el campo no debe estar limitado a la investigación o a la construcción de teorías, pero si debe estar relacionado con la aplicación de la investigación y la teoría a la prevención, tratamiento y prestación de servicios; 4) todo lo que pueda tener un impacto en la salud, ya sea al nivel del individuo, el grupo o el sistema social en general, es de interés legítimo para el psicólogo de la salud (Bloom, 1988).

En un documento oficial de 1984, del Grupo de Trabajo

en Psicología de la Salud y Medicina Conductual de la Sociedad Interamericana de Psicología, se da la siguiente definición: "son áreas de la psicología que tienen como base la promoción de la salud física del individuo y/o la prevención de las enfermedades físicas; los psicólogos que trabajan en estas áreas tienen un gran rango de actividades, incluyendo la investigación, la enseñanza y la intervención; las áreas de interés de estos psicólogos incluyen conductas de riesgo para la salud, como el fumar o la nutrición inadecuada; las enfermedades crónicas, como son la diabetes, el cáncer y las enfermedades coronarias; los comportamientos, como es el uso de cinturones de seguridad o de anticonceptivos; los servicios de salud, donde estudian la comunicación médico-paciente y la satisfacción de los pacientes; y la promoción de comportamientos de salud más positivos como la lactancia materna". Y a continuación puntualiza: "aunque muchos psicólogos con habilidades clínicas trabajan en la psicología de la salud proveyendo servicios a los enfermos graves o crónicos o a las personas que deseen cambiar un comportamiento no saludable, los psicólogos clínicos que trabajan con poblaciones físicamente saludables, y estrictamente con problemas de la salud mental, no se consideran psicólogos de la salud" (Marín, 1984). Esta definición es una de las más inapropiadas, porque parte de los supuestos de que "medicina conductual" y "psicología de la salud" son lo mismo o son equiparables, de que "salud" y "enfermedad" así como "salud física" y "salud mental" son conceptos antagónicos, y restringe lo que se define a las actividades psicológicas con las personas para evitar que enfermen "físicamente" (Morales y Azcaño, 1987)

Por su parte Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe, que son los autores de un largo artículo aparecido originalmente en el Bulletin of the World Health Organization en 1987 y que fue reproducido en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana un año después (Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe, 1988), convirtiéndose en uno de esos documentos científicos que se han estado citando reiteradamente en los últimos años, dicen que la psicología de la salud "se ocupa de la relación

biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y mantenimiento de la salud, la que comprende, además el estudio de factores del comportamiento que afectan el tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física".

Como tantos otros modos de hacer y pensar en psicología aplicada, la psicología de la salud no surgió a partir de un desarrollo en el plano científico básico ni a partir de un descubrimiento particular. Su origen es el resultado de la evolución de la práctica, y está sobre todo marcado por los cambios que se produjeron en las demandas que los servicios de salud hacían a los psicólogos, como resultado de los cambios operados en los problemas que esos servicios se veían en la necesidad de atender. Así, el "pecado original" se reitera: los psicólogos comienzan a realizar acciones que no están sustentadas en una teoría de fundamento con suficiente coherencia, lo que ha dado lugar a prácticas de orientación y acentos muy disímiles y a un reforzamiento de un eclecticismo, que de hacerse crónico, podría comprometer esencialmente las perspectivas futuras.

Realmente, habría que preguntarse la legitimidad de lo que ha ocurrido. Ahora tenemos la posibilidad de ver los hechos retrospectivamente y de asumir una posición crítica. Pero cuando a finales de la década de los años 60 en algunos países (como Cuba, por ejemplo) y principios de la de los 70 en otros (como Estados Unidos,) se hicieron patentes esas demandas de los servicios de salud, era necesaria una respuesta de los portadores del saber psicológico, que en definitiva, somos los psicólogos profesionales, y aunque no teníamos todas las bases, no podíamos postergar la participación en los servicios. Pero si ahora, después de casi tres décadas de praxis, no tenemos la capacidad de evaluar nuestros resultados, de discutir con seriedad las formulaciones teóricas que en este tiempo se han venido haciendo desde diferentes posiciones, y de intentar trascender el empirismo dominante, entonces no seríamos

consecuentes ni con los productos del pasado, ni con las perspectivas futuras, ni con la ciencia, ni con nosotros mismos.

7) TENDENCIAS Y EXPERIENCIAS EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN UNA PERSPECTIVA INTERNACIONAL

George Stone, quien es un destacado psicólogo de la salud norteamericano, autor de uno de los primeros manuales integrales sobre este campo (Stone, Cohen y Adler, 1979), ofrece en un artículo más reciente (Stone, 1991), un panorama de cómo ha sido el camino de la psicología de la salud. Aunque el término psicología de la salud comenzó a ser usado por los psicólogos cubanos sistemáticamente desde 1968, quienes ya en 1974 fundaron una sociedad científica de ese nombre (posiblemente la primera en utilizarlo), Stone sitúa la aparición del término en ese mismo año (1974) en un documento interno de la Universidad de California en San Francisco en el que se proponía un nuevo currículum de psicología. En términos de usos institucionales, su cronología continúa con la creación en 1977 de una nueva división de la American Psychological Association con esa denominación; posteriormente, con el acontecimiento de la dedicación a temas de salud de la mayor parte del programa del Congreso Interamericano de Psicología de Quito, Ecuador, en 1982 (fecha y lugar en que también se organizó el "grupo de tarea" de esta área de la Sociedad Interamericana de Psicología); y con la celebración en La Habana, Cuba, en 1984, del Primer Seminario Internacional de Psicología de la Salud. Desde entonces, reconoce, ha ocurrido una verdadera explosión del interés, en todo el mundo, por la aplicación de los conceptos, conocimientos y habilidades de los psicólogos a los problemas del sistema de salud. Para él, hay tres proposiciones que apoyan los acontecimientos ocurridos en los 20 años previos a este escrito: 1) aunque algunas de las actividades que ahora son clasificables como psicología de la salud habían sido practicadas desde mucho tiempo antes de que el término comenzara a ser usado, su adopción brindó un mayor

estímulo a la expansión y desarrollo del campo; 2) la receptividad a la idea de un campo de psicología de la salud, está grandemente influenciada por la historia y el estado actual de la psicología en general en cada región sociocultural en la que está presente. Donde ella (la psicología de la salud) ha echado raíces, su desarrollo y los asuntos y actividades en los que enfatiza, están definidas por las formas preexistentes de psicología; 3) en particular, los desarrollos más vigorosos ocurren donde hay una psicología fuerte y autónoma, cuyo acceso a la investigación y los servicios de salud no está dominada por la medicina o la psiquiatría.

Tomando en cuenta estas proposiciones, pueden encontrarse diferentes patrones de desarrollo en la práctica de la psicología de la salud en el mundo. Hay países en los que hay una larga tradición de investigación básica en psicología de la salud, pero en algunos esa tradición está dominada por los estudios psicofisiológicos sobre estrés, como es el caso de Suecia donde se han desarrollado desde principios de la década de los años 70 proyectos a largo plazo para caracterizar el modo en el que las personas reaccionan a las tensiones de la vida cotidiana. Ese trabajo ha puesto énfasis en identificar los estresores en el ambiente físico, social y sobre todo laboral, y en la búsqueda de su eliminación a través de iniciativas legislativas y administrativas. También, desde hace muchos años, han investigado y trabajado en una dimensión más social en temas tales como redes de apoyo y los aspectos psicológicos de la epidemiología de las enfermedades cardiovasculares (Theorell, 1982, 1986). En otros países europeos, como en Inglaterra, lo dominante es la tradición de la psicología clínica, que ha estado integrada dentro de la práctica general de los servicios médicos pero con poca salida a una concepción más amplia de psicología de la salud. De acuerdo a la preocupación expresada por Marteau y Johnston (1987), ésta ha presentado una insuficiencia de modelos, probablemente atribuible a la presencia de la tradición clínica. En Alemania, Austria y Francia, sin embargo, la tradición más influyente ha sido la de la enseñanza de psicología

en las escuelas de medicina, situándose el énfasis en los problemas psicológicos de los pacientes, las tensiones del ambiente hospitalario y el manejo de los enfermos crónicos, especialmente en lo que respecta a la relación médico-paciente (Stone, 1991).

Uno de los desarrollos más interesantes en Europa es el que se ha dado en España, en donde la psicología en la década de los años 80 logró desapegarse de los estrechos vínculos que mantenía con la filosofía, para aproximarse a una gran cantidad de problemas prácticos, entre ellos los del campo de la salud. Trabajando fundamentalmente desde las universidades, ya desde fines de esa década han presentado aportes en temas tales como enfermedades cardiovasculares (Robles y Santiago, 1988;), dolor crónico (Blasco, 1988; Villamarín, 1988), cáncer (Bayés y cols. 1988; Font, 1988), trabajos en los cuales se aprecia una notable influencia de la medicina conductual; y SIDA (Bayés, 1994). También en este país se produjo notable interés por vincular la psicología a servicios de atención primaria bajo los lineamientos de la psicología comunitaria (Costa, 1984; Costa y López, 1987), así como por reflexionar acerca de las tendencias de desarrollo de la psicología de la salud (Carrobbles, 1984; Santacreu, 1988), y por la construcción de modelos teóricos aplicables a la prevención de enfermedades (Bayés y Ribes, 1992). En Finlandia, el desarrollo de la psicología de la salud ha estado estrechamente asociado a los esfuerzos realizados en ese país para llevar a cabo intervenciones sobre la comunidad para transformar sus estilos de vida y controlar los factores comportamentales de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente las cardiovasculares, uno de cuyos ejemplos más conocidos es el proyecto de la provincia de Karelia del Norte, en el cual las tareas han sido orientadas hacia el suministro de información, la persuasión, el entrenamiento, el apoyo social, el cambio ambiental y la organización de la comunidad (Puska, 1984). Otro ha sido el proyecto denominado Hábitos de Salud Juveniles (Rimpela, Rimpela, Rahkonen y Temperari, 1988), dirigido a lograr cambios

en los comportamientos de salud de los jóvenes, cuyas áreas claves fueron los procesos de maduración, las relaciones sociales y los mecanismos de apoyo social, la percepción del estado de salud y de los síntomas y episodios de enfermedad (Schmidt y Dlugosch, 1991).

En la ex-Unión Soviética, la psicología conoció en su momento un notable desarrollo, sobre todo por el esfuerzo que realizaron destacados académicos en el tiempo que va desde la década de los años 40 hasta la de los 80, por construir una teoría psicológica basada en los principios marxistas sobre el hombre y la sociedad. Sin embargo, es interesante observar como en ese país, que también logró tener un sistema de salud orientado hacia la promoción de salud y la prevención, los psicólogos tuvieron poco espacio en ese ámbito. En la dirección clínica, o por decirlo de otra manera, en relación con la atención a personas enfermas, los psicólogos soviéticos hicieron aportes trascendentes, como por ejemplo, los trabajos de A. R. Luria en el campo de la neuropsicología, con procedimientos innovadores para el diagnóstico y rehabilitación de enfermos con lesiones del sistema nervioso central, o los de B. Zeigarnik enfocados a la búsqueda de métodos cualitativos para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con trastornos mentales (patopsicología). También la medicina clínica enfatizó en la apreciación integral de los pacientes con enfermedades de expresión somática a partir de los trabajos de R. A. Luria (al que no debe confundirse con el mencionado anteriormente con el mismo apellido) sobre el llamado "cuadro interno de las enfermedades", y desde la perspectiva psicofisiológica fueron notables los trabajos de Bykov y su escuela basados en la teoría de la actividad nerviosa superior y las relaciones entre el funcionamiento de la corteza cerebral y los órganos internos, así como los de Sokolov y Belova referidos a las emociones y su influencia sobre el sistema cardiovascular (Sokolov y Belova, 1986). En una conferencia pronunciada en La Habana, en 1984, en el marco del Primer Seminario Internacional de Psicología de la Salud, Yuri Poliakov describió la "psicología médica" de su

país e hizo referencia a numerosos trabajos en los que los psicólogos participaban en equipos profesionales en hospitales en la atención de enfermos con diversas patologías, sobre todo crónicas, así como a la inclusión de contenidos de psicología en la formación de los médicos. Una recopilación de textos traducidos y presentada por Oliva y Trujillo (1984) muestra también esta experiencia. Sin embargo, en una estancia de este autor en aquel país en 1990, constatamos un evidente interés de los psicólogos y de las instituciones académicas por conocer los avances recientes de la psicología de la salud y su reconocimiento de que los psicólogos allí prácticamente no estaban representados en los centros de salud de atención primaria ni en el diseño de políticas de salud de orientación promocional y preventiva. En la actualidad no disponemos de información reciente acerca de la evolución de la psicología en el sector de la salud en aquel territorio.

En Australia, una de las zonas del mundo menos conocida entre nosotros en lo que respecta a su desarrollo en psicología, se ha producido, según Oldenburg y Owen (1991) un creciente interés y práctica por la psicología de la salud. Siendo los problemas de salud predominantes en ese país los propios de un perfil típico de enfermedades crónicas, los servicios de salud se han orientado en relación a su prevención, prestándose especial atención a los asuntos de comportamiento. En datos de Sanson y Fisher (1984), incluidos en el artículo de Oldenburg y Owen, las actividades de investigación en este campo se referían a asuntos tales como: psicología y salud/promoción de salud/factores conductuales (48%); evaluación de servicios de salud (11%); trastornos psiquiátricos (12%); y aspectos de la interacción de los trabajadores de la salud con los pacientes (7%). Se señala como una tendencia de desarrollo, la salud pública y la prevención primaria de las enfermedades.

En otra latitud distante, China, un informe de Cheung (1991) señala que la psicología de la salud no está bien establecida, y lo que mayormente se da, es una extensión de la psicología clínica tradicional en el marco de consultas no

psiquiátricas, constatándose la existencia de un número muy bajo de psicólogos, y de ellos, los que trabajan en servicios de salud, llevan a cabo más consultas dirigidas a tratamientos clínicos, que prevención y participación en la planificación de la salud. Hay muy pocos trabajos de investigación que vayan más allá de los temas tradicionales de salud mental, la mayoría son descriptivos y lo que tratan son aspectos psicológicos de trastornos físicos y psicosomáticos, que muestran aun una fuerte asociación con la psiquiatría o caen dentro de la psicología médica tradicional.

Desgraciadamente, para esta revisión no hemos podido encontrar fuentes que nos permitieran aunque fuera, una breve descripción de la psicología de la salud en Japón, donde es de suponer que su situación de nación industrializada, con desarrollo tecnológico y con servicios de salud calificados, permitiría la emergencia de la psicología de la salud. Contamos sólo con la referencia que hacen Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe (1988) citando a un autor de ese país en el sentido de que allí se había obtenido un buen resultado al adaptar la psicología occidental a las normas y necesidades de una cultura diferente.

Tampoco hemos podido obtener información de primera mano sobre la situación en África, donde como es sabido, hay países en condiciones de extrema pobreza, pero en los cuales, posiblemente, enfoques de promoción de salud basados en principios psicológicos pudieran contribuir, entre otros esfuerzos, a mejorar los problemas de desnutrición, la difusión de las enfermedades infecto-contagiosas y los problemas de la salud reproductiva y más recientemente el SIDA, siempre que tomen en cuenta y se apoyen en la realidad sociocultural y económica específica.

Los Estados Unidos de Norteamérica tienen una peculiar situación en el campo de la psicología. Los recursos de este país (procedentes en mucho de su política hegemónica y de la relación de dependencia económica que le ha impuesto al mundo subdesarrollado) han permitido la existencia de un gran número de universidades, programas de investigación,

asociaciones científicas y publicaciones que sustentan una voluminosa y difundida producción en nuestra disciplina, entre otros campos del saber. No es extraño entonces que necesariamente ese país tenga en la actualidad un notable liderazgo en psicología, y consecuentemente en psicología de la salud, lo que no quiere decir necesariamente que en los aportes que de allí proceden encontremos todas las respuestas adecuadas ni el punto de referencia obligado para el desarrollo de la psicología de la salud en países como los de la América Latina. Y me permito esta expresión explícita por la desafortunada tendencia que a veces se observa en algunos psicólogos latinoamericanos por copiar textualmente lo que viene de allí y al mismo tiempo prestar poca atención a nuestras propias aportaciones y realidades.

En los Estados Unidos, también los problemas de salud más descolantes son los que tienen que ver con las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud, como los accidentes, por lo que el papel del comportamiento ha sido suficientemente reconocido en la causalidad de los mismos. Esta ha sido una de las bases para el creciente auge de la psicología de la salud, la que se ha sustentado en las conceptualizaciones a las que nos hemos referido antes cuando se comentaron las definiciones de este término y su adopción por la principal asociación de profesionales de la psicología en ese país. Se ha dado mucho énfasis a la tecnología curativa y de rehabilitación, en la línea tradicional de la medicina conductual (Weiss, 1993, Taylor y Owen, 1990), pero en los últimos años se observa el despegue de los estudios y programas dedicados a la promoción de estilos de vida saludables, utilizando el espacio de las instituciones y centros de actividad donde transcurre la vida cotidiana, por ejemplo, la de los escolares (Wynder, 1994; Weissberg y Maurice, 1993; Friedman, 1993; Dryfoos, 1993; Prokhorov y cols., 1993; Hirschman y Leventhal, 1989; Cinelli, Rose-Colley y Hayes, 1988); la de los trabajadores (Erfurt, Foote y Heirich, 1992; Bertera, 1993; Dawley y cols., 1993); el ámbito de la

familia (Harkness y Super, 1994; Berman, Kendall y Bhattacharyya, 1994; Harper, Anderson y Anderson, 1993; Fisher y cols. 1992;) o la propia comunidad (Cheadle y cols. 1992; Fincham, 1992). Al mismo tiempo, al revisar la literatura norteamericana reciente, se observa un destacado interés por precisar las definiciones de los objetivos y tareas de la psicología de la salud (Blancarte, Murphy y Reilley, 1991; Duncan, 1990, 1991; Taylor, 1990; Glass, 1989), así como la revisión de los aspectos conceptuales que subyacen en la relación entre los comportamientos, sus determinantes y la salud (Bunton, Murphy y Bennet, 1991; Bloom, 1990; Quadrel y Lau, 1989; Schwarzar y Leppin, 1989; Seeman, 1989; Steuart, 1993; Kulbok y Baldwin, 1992; Kelly, Zyzanski y Alemagno, 1991; Ewart, 1991).

En los marcos de un trabajo introductorio como este es muy difícil hacer, a partir de la literatura disponible y en los marcos de un trabajo introductorio como este, una cuidadosa evaluación de cuáles son las tendencias teóricas predominantes en la psicología de la salud en los Estados Unidos, lo que resulta oportuno hacer en el futuro dada la ascendencia que estas producciones tienen en psicólogos de otros países, pero, una lectura inicial ofrece la impresión que la misma refleja una orientación predominante a seguir los lineamientos del pensamiento cognoscitivo-conductual.

La psicología de la salud ha tenido una representación institucional en ese país, tanto a través de la División 38 de la American Psychological Association, como en la educación profesional. De acuerdo con datos presentados por Jansen, Methorst y Kerkhof (1991), existían 20 programas universitarios de nivel de doctorado en psicología de la salud.

En ese país han sido editados los textos de contenido amplio sobre este campo que más se han difundido, como los de Stone, Cohen y Adler (1979), Gatchel y Baum (1983), Taylor (1986), Bloom (1988), y Friedman y DiMatteo (1989).

Nuestro continente, América Latina, es posiblemente una de las regiones del mundo donde más dinamismo ha mostrado la psicología de la salud, sobre todo si se tiene en cuenta el

antecedente de que el establecimiento de la psicología profesional de manera extensiva comenzó aquí hace sólo tres décadas aproximadamente, y que, además, en ese período de tiempo, la región se ha visto expuesta a sucesivas situaciones de crisis económicas y procesos políticos que han dificultado la buena evolución de nuestra disciplina (debido por ejemplo, a la escasez de recursos materiales e informativos para las universidades, la poca disponibilidad de presupuesto para sostener cargos de psicólogos en servicios de salud de carácter público, la emigración de los psicólogos más calificados, e incluso, la absurda hostilidad represiva, como se dio durante los gobiernos militares de Argentina contra la psicología y los psicólogos en la década de los años 80).

Una buena parte de los países latinoamericanos exhiben un cuadro de salud que refleja sus contradicciones internas. Mientras las clases dominantes y medias de las áreas urbanas pueden presentar un perfil semejante al de los países desarrollados, con predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles y otros daños a la salud como los accidentes, en los sectores rurales y en las cada vez más habitadas zonas marginales de las grandes ciudades persisten como problemas prioritarios la desnutrición, las altas tasas de fertilidad y de mortalidad infantil, los embarazos y nacimientos de niños hijos de madres en la etapa adolescente, las enfermedades infectocontagiosas (téngase en cuenta como un ejemplo las epidemias de cólera y de dengue que se han presentado en los últimos años) que se relacionan con problemas del ambiente; el alcoholismo y otras adicciones, y también los accidentes.

Mientras las instituciones académicas en las que se "hace" una buena parte de la producción de investigación latinoamericana en psicología muestran, en general, interés por los temas de salud y por trascender los enfoques clínicos tradicionales, la situación de los organismos estatales y de seguro social que podrían auspiciar la psicología de la salud en nuestros países no muestran uniformidad en esta voluntad. No obstante, ese dinamismo al que se ha hecho referencia se ha

puesto de manifiesto, a partir del esfuerzo y la lucidez de muchos psicólogos.

En un importante trabajo de revisión realizado por García (1994) sobre dos décadas de investigación en psicología en salud en América Latina, esta autora señala como a partir de la década de los años 70 se observa en nuestro continente una ampliación creciente del objeto de estudio de la psicología en el sector salud, lo que se manifiesta entre otras cosas, en la aplicación progresiva de métodos y técnicas psicológicas y psicosociales para investigar problemas de salud y de atención en salud, diferentes a los característicos de etapas anteriores, los que abordaban fundamentalmente el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos. Al dividir en dos etapas el período de tiempo bajo estudio (la primera de 1972 a 1982 y la segunda desde esta última fecha hasta 1992), y utilizando como fuente los informes presentados en congresos interamericanos y latinoamericanos, y publicaciones de carácter regional, pudo apreciar como va en aumento el interés por el estudio y la práctica de estos temas. En la primera de esas dos décadas, encontró 151 artículos, en la segunda 285 (casi el doble). En la primera década los temas más tratados en estudios sobre el proceso salud-enfermedad fueron los siguientes: enfermedades crónicas no transmisibles (24%); salud mental (20%); ciclo de vida (17%); reproducción y sexualidad (11%); mujer y sociedad (5%); familia y sociedad (4%); trabajo y salud (3%); hábitos nocivos (1%); y enfermedades transmisibles (1%). En la segunda década, enfermedades no transmisibles y estrés se mantuvo en el primer lugar, pero más representado proporcionalmente con 29%; salud mental disminuyó al 8%; reproducción y sexualidad pasó al tercer lugar con el 15%; ciclo de vida alcanzó el 14% y los demás temas se presentan en el siguiente orden: trabajo y salud (9%); enfermedades transmisibles (7%); mujer y sociedad (3%); familia y sociedad (3%) y hábitos nocivos (1%). En los comentarios que la autora hace a sus datos, llama la atención sobre lo siguiente: en la primera década analizada ya predominaron los estudios sobre

enfermedades crónicas no transmisibles, lo que en buena medida, reflejó los problemas que se iban haciendo más frecuentes en la población. Se trataba de estudios en relación con enfermedades tales como la hipertensión, el infarto del miocardio, la diabetes, el cáncer, el asma, la úlcera duodenal, así como las nefropatías y las lesiones de la médula espinal, y se encaminaron a conocer la repercusión psicológica de la enfermedad sobre la personalidad del paciente y sobre su participación en la esfera escolar, laboral y social. También se informaba sobre el uso de diferentes técnicas, tanto de psicoterapia grupal como de terapia comportamental individual, para el control de estas enfermedades, predominando las últimas. Sin embargo, en la segunda década aparecen además de aquellos, otros problemas, tales como las invalideces del aparato locomotor, los trasplantes, y el dolor, con lo que se amplió el espectro de las enfermedades estudiadas, pero también se observa una mayor profundidad en "el enfoque teórico-metodológico de los aspectos psicosociales y sociales asociados a las enfermedades...y se investigaron las fuentes de estrés psicosocial, las dificultades en la adhesión al control médico, los trastornos afectivos, las características del grupo familiar, el impacto de la enfermedad sobre la familia, así como sobre el grupo social" (García, 1994). Otros temas que aparecen ahora con interés dentro de ese rubro general, son los que se relacionan con estrategias de tratamiento de la obesidad, la prevención de accidentes en los niños mediante técnicas conductuales, así como estudios más integrales sobre el estrés y la atención de sus consecuencias; los determinantes de las adicciones (como al alcohol y las drogas) y las estrategias para su prevención y tratamiento; la promoción de patrones de comportamiento saludables en los niños; sobre aspectos generales del desarrollo de los adolescentes que pueden influir en su salud; y mejores investigaciones sobre los problemas psicológicos y la salud en la tercera edad, entre otros aspectos de interés.

Entre sus conclusiones, este trabajo destaca que "la

investigación psicológica en salud en nuestra región se ha abierto paso plenamente dentro de ámbitos poco incursionados anteriormente para desentrañar paulatinamente el papel del funcionamiento de la personalidad en el proceso salud-enfermedad...lo que ha permitido comprender mejor los problemas de salud, perfeccionar el tratamiento de muchas enfermedades y, lo más importante, ha orientado medidas preventivas, muchas de las cuales han sido ejecutadas exitosamente". De acuerdo a esta revisión, los países con un mayor número de estudios son México, Brasil, Argentina, Venezuela, Cuba y Chile, como primer grupo, seguidos por Perú, Puerto Rico, y luego, República Dominicana, Colombia, Costa Rica, Panamá y Ecuador. Esto habla de una participación altamente representativa de la mayor parte de los países de nuestro continente.

Otro trabajo de semejante orientación y propósito que el comentado arriba, es el realizado por Rodríguez, Hernández y Ramos (1993) y que fuera presentado en el Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud, celebrado en México, D. F., y que titularon "Panorama preliminar del estado de la investigación en psicología de la salud en latinoamérica". Estos autores utilizaron como marco de referencia para la psicología de la salud cuatro áreas de conocimiento: 1) la investigación científica encaminada a la identificación de la etiología conductual de los problemas de salud; 2) la educación ligada a la promoción de salud y la prevención de las enfermedades; 3) los servicios clínicos mediante los cuáles se ofrece tratamiento y rehabilitación; y 4) la planeación que implica la proposición de políticas de salud. Para ellos, las funciones de la psicología de la salud pueden resumirse como "la detección de patógenos en la comunidad, el diseño de procedimientos de cambio conductual y un procedimiento autocorrectivo de evaluación de la eficacia de dichos procedimientos". El marco profesional consideran que va "desde un nivel micro, como en la sobrespecialización en técnicas de tratamiento conductual en enfermedades crónicas, hasta la aplicación de metodologías de

orientación social dirigidas a atacar problemas de salud de las comunidades, desde una perspectiva de atención primaria". Utilizando como fuente la revisión de artículos publicados, encontraron que México, Cuba, Brasil y Argentina, en ese orden, ocupan los sitios más prominentes en el período que va de 1977 a 1989 (194 de 262 artículos), y que las áreas que más han atraído la atención durante el mismo período en la literatura especializada han sido: enfermedades crónico-degenerativas, desarrollo infantil e investigación psicofisiológica, incluyendo en esta último los temas de farmacología conductual, neurología y retroalimentación biológica. Analizando los tres campos más activos en psicología de la salud en México, Cuba, Brasil y Argentina, se encuentra una fuerte preocupación por las enfermedades crónicas, las alteraciones psicofisiológicas, las adicciones y la conducta sexual, en la década pasada. El estudio de estos autores incluyó, además, la obtención de datos a través de una encuesta por correo, entre algunos de los equipos científicos dedicados a la psicología de la salud en nueve países latinoamericanos, obteniéndose información sobre 105 proyectos, principalmente de fuentes académicas (83,8% de los grupos de investigación estaban asociados a universidades). A partir de sus datos preliminares, hacen comentarios de gran interés, algunos de los cuales son los siguientes: 1) se registró una tendencia elevada a emplear una combinación de aproximaciones en el terreno conceptual. La aproximación social ocupó el segundo lugar entre las orientaciones teóricas, siguiendo la aproximación conductual; 2) en el terreno metodológico, la mayoría de los investigadores prefirió combinar diferentes técnicas; la aproximación experimental ocupó el segundo lugar, seguida de las aproximaciones epidemiológica y de encuesta; 3) el tipo de sujetos objeto de estudio fueron las comunidades con un 39%, seguido de los individuos (29,5%), grupos culturales (5,7%) entendiendo estos como grupos étnicos o diferentes asociaciones sociales, familias (3,8%), y animales (3,8%). El tipo de población estudiada con mayor frecuencia fue la población sana, urbana, entre los 15 y 25 años, de nivel

socioeconómico bajo y medio; 4) en lo que se refiere al enfoque principal de la investigación, el predominante fue en Atención Primaria (36%), seguido por Tratamiento (31%) y por la Investigación Básica (19%); 5) en general, los datos exhibieron una tendencia hacia la interdisciplina, con el 61,9% de los proyectos reportando esa orientación; 6) en lo referente a las áreas de estudio, las investigaciones en factores de riesgo y en adicciones ocuparon un lugar preponderante, seguidas por los estudios relativos a: SIDA, cefalea, cáncer y personalidad patógena.

Los trabajos de Rodríguez, Hernández y Ramos (1993) y de García (1994) brindan indicaciones en el sentido de que México y Cuba están entre los países con más representatividad en psicología de la salud en Latinoamérica. Como este texto tiene entre sus propósitos servir de apoyo a estudiantes de programas de postgrado de estos países, se supone que no es necesario ni pertinente hacer aquí una detallada referencia a la situación en los mismos, por lo que no se citarán nombres de autores particulares, porque en dichos programas se tendrá acceso de primera mano a muchas de las producciones de investigación local, y porque de hecho, los propios programas de maestría son partícipes directos en ese trabajo de investigación. No obstante, es conveniente delinear algunas características generales de las tendencias de la psicología de la salud en estos dos países.

Cuba, debido sobre todo a la alta prioridad que la salud de su población ha tenido en su política social en los últimos 36 años, ha tenido un consistente y acelerado desarrollo en psicología de la salud. Habiendo heredado de la etapa pre-revolucionaria un cuadro de salud típico de los países subdesarrollados y dependientes, en el que predominaban las enfermedades infecto-contagiosas, la desnutrición y otras situaciones asociadas a las difíciles condiciones de vida que enfrentaba la mayor parte de su población, ya desde la década de los años 60 comenzó a revertir este cuadro, sobre la base no sólo de la creación de un excelente sistema nacional de salud,

sino, y sobre todo, de la transformación de esas condiciones de vida y el aumento de las posibilidades de empleo, y de la educación y la cultura. En la actualidad, como ya se expuso antes en otro apartado de este texto, sus problemas de salud son semejantes al patrón típico de los países desarrollados. Los psicólogos cubanos tuvimos tempranamente (con respecto a lo que ocurrió en otros países), la oportunidad de insertarnos en los servicios de salud, y posiblemente fuimos los primeros que sobre la base de un programa estructurado desde el nivel central del sector salud comenzamos a trabajar sistemáticamente en la atención primaria. Cuba tiene, trabajando a tiempo completo en el sector salud, un psicólogo por cada 5 000 habitantes aproximadamente, más de la mitad de ellos en centros de atención primaria. Dispone de "planes de actividades" o programas definidos que orientan el trabajo de los psicólogos en los diferentes tipos de unidades del sistema nacional de salud (por ejemplo, para los policlínicos, que son los centros de atención primaria, para los hospitales clínico-quirúrgicos, los pediátricos, los de obstetricia y ginecología y los especializados de todo tipo, los centros de rehabilitación de personas con limitaciones, entre otras) y hay equipos de psicólogos realizando sus actividades en todos los institutos nacionales de investigación en problemas de salud, así como en el desarrollo de la política y la acción en promoción de salud, desde el nivel nacional hasta el nivel local. Desde hace 27 años funciona un comité permanente de expertos de alto nivel (el Grupo Nacional de Psicología) que asesora a las autoridades ejecutivas del Ministerio de Salud Pública en el trazado de las políticas de desarrollo de la psicología de la salud y en la integración de la psicología en las diferentes áreas del sector, y que al mismo tiempo, participa en la evaluación de los resultados y genera recomendaciones. En cada provincia del país hay grupos semejantes a ese nivel, y coordinadores del trabajo de psicología de la salud en todos los municipios del país. La psicología está ampliamente representada en los programas de formación de pregrado y postgrado de los médicos, enfermeras y técnicos de

la salud. En este año de 1995, se puso en marcha un programa de especialización de 3 años de duración, basado en la educación en el trabajo, en psicología de la salud, y desde 1993, comenzó la maestría en psicología de la salud, que se imparte en la Facultad de Salud Pública. Desde hace 21 años quedó constituida la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, que ha sido muy activa en la promoción del intercambio científico, y que ha participado en la organización de numerosos e importantes congresos sobre este tema (regularmente se celebran en Cuba eventos internacionales sobre psicología de la salud cada cuatro años). La producción científica de los psicólogos de la salud cubanos comprende los más diversos temas que reflejan sus experiencias de trabajo en los problemas más significativos y predominantes en el estado de salud de su población y las tendencias más actuales en este campo, entre ellos, promoción de salud, integración de la psicología en servicios de atención primaria, salud reproductiva y materno-infantil, salud ocupacional, enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades crónicas, salud en la tercera edad, estrés y factores de riesgo, control de comportamientos nocivos para la salud, cáncer, tratamiento del dolor, SIDA, atención psicológica en servicios de cuidados intensivos, atención a víctimas de desastres, así como trabajos relacionados con temas más tradicionales de salud mental y rehabilitación, formación de recursos humanos para la salud y evaluación de servicios de salud, como atestigua una rápida revisión del programa de la Conferencia Internacional Psicología de la Salud '92 (Palacio de las Convenciones, 1992).

Uno de los hechos más significativos es que se cuenta con un programa nacional de desarrollo de la psicología de la salud hasta el año 2 000, que de manera oficial y con evaluaciones periódicas, permite orientar y reorientar los lineamientos para el avance de la psicología de la salud (Minsap, 1987). No es de extrañar entonces que algunos autores foráneos consideren que "la psicología de la salud surgió en Cuba" (Torres y Beltrán, 1986), que se destaque que en América Latina

"Cuba tiene la aplicación mejor organizada y correctamente sostenida de la psicología comunitaria al sector de la salud a través de su programa nacional" (Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe, 1988), que se le considere como un país "en el que el concepto de psicología de la salud apareció temprano y que su enfoque tendió hacia la comunidad, de manera exitosa" (Stone, 1991), que se diga que "sus impresionantes logros pueden brindar una contribución importante al debate general sobre modelos para el trabajo de los psicólogos en el área de la salud" (Kristiansen y Soderstrom, 1991), o que "la experiencia de Cuba destaca los principios sobre los cuales los psicólogos de otros países querrían trabajar hacia el desarrollo de la psicología de la salud" (Jensen, Methorst y Kerkhof, 1991).

A pesar de todos estos elogiosos comentarios, los psicólogos de la salud en Cuba sabemos que tenemos muchos problemas que resolver. Nuestro desarrollo se privilegió por la oportunidad de contar con un muy buen sistema nacional de salud; desde el punto de vista cuantitativo y de diseño de estrategias organizacionales hemos avanzado mucho, pero necesitamos profundizar en los problemas teóricos y darle sustento y coherencia a nuestra actividad. Requerimos, además, mejorar la calificación de los profesionales, y que la formación de pregrado se corresponda más con las necesidades y demandas de las posiciones y tareas de trabajo. También necesitamos recursos para disponer de información actualizada de más calidad y con mayor regularidad.

En México, el papel preponderante para el desarrollo de la psicología de la salud, desde mi personal apreciación, ha estado en las universidades, más que en el trabajo directo en las instituciones y servicios de salud, el que no deja de tener resultados dignos de tomar en cuenta. Por ejemplo, en las Memorias del Primer Congreso Internacional de Psicología y Salud (Palacios y Gómez, 1993) se aprecia que entre 27 trabajos mexicanos en los que aparece explicitada la afiliación institucional de los autores, sólo cuatro de estos proceden de centros del sector salud (mayormente instituciones de

investigación), otros cuatro son trabajos conjuntos de autores de la universidad y de algún centro del sector salud, y 19 son exclusivamente de académicos. En febrero de 1995, en el VII Congreso Mexicano de Psicología (Sociedad Mexicana de Psicología, 1995), los trabajos presentados sobre temas de psicología y salud son los más frecuentes (alrededor de la mitad de los temas presentados al congreso), y se observa la misma tendencia con respecto a la afiliación institucional de los autores: el 67% son de universidades, el 9% son de instituciones de investigación y asociaciones científicas no pertenecientes al sector salud, y 25% son de centros del sector salud, pero entre estos, la mayoría son de instituciones de investigación de ese sector, y los menos son los de centros asistenciales, específicamente hospitales, ya que prácticamente no aparecen trabajos originados por psicólogos de atención primaria. De manera que si bien el interés por la psicología de la salud es creciente en México, todavía no puede apreciarse una integración plena en materia de servicios. En ese sentido, quizás puedan ser ilustrativos los datos presentados por Urbina y Rodríguez (1993) en el sentido de que en el país había 1 491 psicólogos trabajando en instituciones del sector salud (aproximadamente uno por cada 56 000 habitantes), la mayor parte de ellos en centros pertenecientes a la Secretaría de Salud (946; 63%) y el resto en el Instituto Mexicano del Seguro Social (197; 13%), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (144; 10%) y en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (204; 14%). El hecho es que de ellos, la zona metropolitana de la Ciudad de México concentraba el 55% (819), y junto con Jalisco (145), Nuevo León (82), y Puebla (48) mantenían el 73,4% del total. Inversamente, en 11 estados prestaban servicios menos de 10 psicólogos dentro del sector salud; algunos estados tenían sólo uno o dos psicólogos (como Zacatecas y Quintana Roo). En Sonora se contaban 19, de los cuales 18 estaban en instituciones de la Secretaría de Salud.

Independientemente del bajo número de psicólogos, de

su poco armónica distribución y del hecho de que son las universidades, los centros de investigación y las instituciones nacionales de alto nivel del sector salud las que están sosteniendo la investigación en psicología de la salud en México, los congresos cuyas memorias y resúmenes hemos revisado reflejan una gran variedad de temas de estudio y atención, que se pueden considerar acordes con los principales problemas de salud del país y con las tendencias internacionales de investigación, tales como SIDA, enfermedades cardiovasculares, cáncer, tratamiento del dolor, salud reproductiva y materno infantil, estrés y factores de riesgo, y salud ocupacional. Es interesante observar que en el país se ha producido literatura relevante en el área. Por ejemplo, ya en 1986 apareció el libro "Psicología de la Salud. Campos y Aplicaciones" (Torres y Beltrán, 1986), publicado por la Universidad Veracruzana, el que posiblemente fue el primer texto en español bajo esa denominación. En 1992 la Universidad de Sonora publicó la compilación "Psicología y Salud. Aportes del Análisis de la Conducta" (Piña, 1992) y en 1994 otra: "SIDA. Perspectiva psicológica de un problema de salud mundial" (Piña, 1994). De próxima aparición es el libro "Psicología y Salud. La experiencia mexicana", coordinado por Godeleva Rosa Ortiz Viveros, de la Universidad Veracruzana. Desde 1991 esa universidad publica la revista "Psicología y Salud" y desde 1992 la Universidad de Sonora publica "Salud y Sociedad", una revista que incluye muchos artículos de psicología de la salud. Estas dos universidades, junto a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), evidentemente son los centros más activos de la psicología de la salud en este país. Otro aporte muy significativo a la psicología de la salud desde México es el libro "Psicología y Salud: un análisis conceptual" (Ribes, 1990) el cual representa, por la profundidad con que se aborda el problema, y por su propuesta de un modelo psicológico de la salud, una contribución sustantiva de obligada referencia en este campo.

8) UNA VALORACIÓN GENERAL

Los párrafos previos no deben ser considerados como una pretensión de realizar una evaluación actualizada del "estado del arte" en psicología de la salud, sino que deben ser tomados exclusivamente como una exposición panorámica acerca de las tendencias que se observan en este importante campo de la psicología aplicada. Esta revisión sólo nos puede conducir a algunas valoraciones generales que nos pueden resultar útiles para insertarnos cada vez mejor en el asunto y continuar adelante en su desarrollo:

- 1) La psicología de la salud surge bajo las demandas y requerimientos de la práctica, su motor impulsor no ha estado en la teoría, sino en los cambios que se han operado en el estado de salud de la población y en las prioridades de los servicios de salud, las cuales son variables en dependencia de la situación de cada país.
- 2) Consecuentemente, los esfuerzos de los psicólogos se han encaminado, sobre todo, a adaptar y adecuar las experiencias y aportes procedentes de diversas áreas de la psicología a los nuevos requerimientos, lo que ha permitido, por un lado el aprovechamiento de viejas modalidades de participación en el sector salud (como las provenientes de la psicología clínica tradicional, la psicología médica, la psicología comunitaria o de la medicina conductual), e incluso de otros campos, como la epidemiología, la educación para la salud tradicional o la investigación de servicios de salud. Pero por otro lado, al carecerse desde los inicios de una conceptualización teórica adecuada, y al subsistir en la psicología muchos problemas básicos no resueltos, la eclosión de actividades prácticas ha llevado aparejada una diversidad de planteos y soluciones eclécticas que en la actualidad puede convertirse en una traba para el desarrollo futuro y para la búsqueda de nuevas aplicaciones. El problema más urgente de la psicología de la salud se encuentra en esta dirección, sin embargo, es el que más dificultades implica.

3) Los países con más desarrollo económico, en general, han sido los más productivos en términos de su representación en la literatura, y debido a la cabida que le han dado a los psicólogos en los servicios de salud y a los antecedentes de desarrollo de su psicología. Sin embargo, puede apreciarse que en países en desarrollo como los latinoamericanos se produce también un marcado interés por esta área. A los psicólogos de estos países nos corresponde ser extremadamente cuidadosos en la lectura e interpretación de los aportes procedentes de los países desarrollados, porque nuestros problemas son diferentes en parte, y porque podemos correr el riesgo de convertirnos en replicadores de una psicología de la salud que quizás no puede brindar todas las respuestas que requieren nuestros problemas. Tenemos entonces un doble reto.

4) Aunque se han formulado diversas definiciones sobre qué debe entenderse por psicología de la salud, es conveniente en esta etapa de desarrollo, evitar las definiciones estrechas o que limiten el campo innecesariamente. En este sentido la definición de la Sociedad Interamericana de Psicología es la más inapropiada de cuantas se han dado.

5) La psicología de la salud requiere ser hecha en los servicios de salud más que en cualquier otro contexto. Las universidades pueden y deben jugar un relevante papel para estimular el reconocimiento del campo, desarrollar conceptos básicos y para producir conocimiento y tecnologías aplicables. Tienen también que brindarle una sólida formación sobre estos temas a sus educandos. Pero a los servicios de salud, especialmente a aquellos de carácter público, corresponde abrir el espacio para dar entrada a la psicología, favoreciendo la integración de los psicólogos a sus programas prioritarios y la creación de puestos de trabajo para estos en unidades y servicios de todo tipo. En la medida en que la psicología de la salud esté presente en los servicios, en esa misma medida podrán ser mejor aplicados los resultados de las universidades. El material revisado nos indica que en muchos países (no es sólo el caso de México) se necesita una mayor apertura de los servicios de salud a los

psicólogos.

6) La psicología de la salud necesita definir mejor cómo deben ser sus relaciones con otras disciplinas, particularmente con la medicina, tanto en el plano científico y de investigación, como en la práctica de los servicios. Será necesario trabajar en la dirección de adoptar modelos estrictamente psicológicos y de evitar la adopción acrítica de modelos médicos de interpretación de los problemas y de actuación; pero también será necesario entender la importancia y pertinencia del trabajo conjunto con otros profesionales de la salud, e incluso comprender que éstos, muy especialmente los médicos y enfermeras, deben disponer de recursos procedentes de la psicología y aplicarlos en su trabajo, por lo que una acción importante en psicología de la salud deberá ser el diseño, transmisión y evaluación de esos recursos.

7) Por último, a pesar del énfasis declarativo de las definiciones en el sentido de la orientación de la psicología de la salud hacia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, todavía no se puede observar el mismo énfasis en la práctica, lo cual aparece como un resultado lógico tanto del insuficiente desarrollo tecnológico que se ha alcanzado, como del acento clínico que todavía tiene la formación de los psicólogos en las universidades, y sobre todo, de la insuficiente presencia que tienen los psicólogos en los servicios de atención primaria y en el diseño de políticas de salud en muchos países. En cierta medida, también en muchos países los servicios de salud, en general, están más orientados a la curación que a la promoción y prevención, por lo que la progresiva transformación de esa orientación sería muy favorable.

Lecturas indicadas: Holtzman, Evans, Iscoe y Kennedy (1988); Carrobes (1984); Costa (1984); Saforcada (1992); Piña, Obregón, Corral y Márquez (1995); Stone (1991); Morales (1995)

CAPITULO III: PLANTEAMIENTOS CONCEPTUALES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS, LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

Ya previamente hemos indicado que uno de los problemas que más atención requieren en psicología de la salud es el que se refiere al desarrollo de una teoría que sustente sus aplicaciones. En este sentido los esfuerzos realizados son menos numerosos que los dirigidos a investigaciones sobre temas puntuales, lo que es explicable debido a la naturaleza del trabajo a ser emprendido. Cuando se desarrollan enfoques teóricos es necesario que las formulaciones estén fundamentadas en el análisis de las regularidades que progresivamente han sido reveladas por la investigación empírica, pero el nivel de la teoría precisa un grado mayor de generalidad, suficientemente abierto para que permita plantear la investigación empírica en un punto más avanzado, y a su vez se encuentre en capacidad de aceptar nuevos aportes que conduzcan a su perfeccionamiento. También se requiere de coherencia en la síntesis generalizadora.

La interpretación de la relación entre las variables psicológicas, y la salud y la enfermedad, ha estado marcada por los debates básicos que aun subsisten como una necesidad del desarrollo de nuestra disciplina y también por las insuficiencias metodológicas. El afán de encontrar respuestas ha conducido a que ciertos hallazgos se absoluticen, produciéndose una diversidad de supuestos que reflejan limitada y parcialmente, la compleja naturaleza del fenómeno bajo estudio. Se puede tener la impresión de que, del mismo modo que un momento de la historia de la medicina los investigadores creyeron encontrar en los microorganismos el agente universal causante de las enfermedades y se dedicaron a aislar esos microorganismos y

a identificar las enfermedades con las que se relacionaban, ahora algunos consideran al comportamiento como el agente universal y buscan cual es la forma de comportamiento que subyace en cada enfermedad y de que manera opera. La tradición de "atomización" de la causa penetra ahora en una nueva dimensión.

Una tendencia ha sido la de tratar indistintamente o de manera indiferenciada los fenómenos psicológicos y los del ambiente social a través del concepto de "lo psicosocial". Otra ha sido la de establecer relaciones lineales de la ocurrencia de la enfermedad con hechos externos, las tensiones que generan, la evaluación y el afrontamiento. Otras veces el énfasis de la relación lineal se ha situado en las creencias (como en el "Modelo de Creencias de Salud"), o en pretendidas expresiones resumidas del comportamiento, como el "estilo de vida", o el patrón "Tipo A"; incluso se ha situado en las características del ambiente social más inmediato (como en la teoría del "apoyo social"). Estas tendencias comparten el factor común de pretender entender los comportamientos de salud sin atender a la complejidad de su determinación, ni al papel de la regulación personal de esos comportamientos como un producto de la historia que se expresa en el individuo actuando en una sucesión de situaciones particulares que adquieren sentido diferenciado. Asimismo en buena medida, estas construcciones fragmentarias han adquirido autonomía "de uso", sin que ese uso esté refrendado por un análisis conceptual consecuente.

Otras aproximaciones tienen un mayor nivel de generalización pero esquemática, por ejemplo, la que se hace desde una perspectiva cognoscitivista. Así, se ha considerado que las conductas de salud y enfermedad se desarrollan y mantienen debido a tres procesos reguladores interactuantes: la percepción del estímulo, los patrones de reforzamiento y la mediación cognoscitiva (Bloom, 1988, citando a Bandura, 1977) y también (Belloch, 1989) que los determinantes de las conductas de salud se pueden agrupar en dos tipos: los factores intra-individuales (percepción de síntomas, emociones y

motivos, y creencias y actitudes) y los factores sociales (hábitos de socialización, acceso al sistema sanitario, y valores culturales), aunque no se realiza tampoco en este último caso un pormenorizado análisis del contenido de cada uno de esos factores, la determinación de los mismos, los nexos y relaciones que se establecen dentro de cada grupo y entre los grupos, y el modo en que generan un impacto en el estado de salud. El problema quizás ha radicado en tomar como unidad de estudio la categoría comportamiento aislada del contexto general en que el mismo se produce, de la naturaleza de las situaciones y de los procesos históricos internos de quien lo produce, procesos estos que a su vez tienen su condicionamiento en un desarrollo individual peculiar.

Es por estos antecedentes que debemos prestar atención a los puntos de vista teóricos de un mayor alcance sintetizador que se han presentado. En el contexto latinoamericano se han producido dos relevantes esfuerzos de este tipo, desde perspectivas diferentes, que serán presentados de manera muy resumida, y lo más apegada posible a la expresión de sus autores, con la explícita indicación al lector de estudiarlos a través de sus fuentes originales.

El primero está centrado en la personalidad y las relaciones sociales y fue propuesto por Pérez Lovelle (1987). Este autor cubano parte de un análisis del concepto de salud como cualidad sistémica, al que ya nos referimos antes en este mismo texto, y de la noción marxista del carácter activo del hombre en sus relaciones con el ambiente. Criticando la artificial división que se hace de lo biológico, lo psicológico y lo social, enfatiza en el carácter activo del hombre en su relación con el ambiente, y denomina "papel de la psiquis en la determinación de la salud" al aporte de lo que denomina "la instancia psíquica" a las causas estructurales de todo lo relacionado con el estado de salud de los individuos. Propone un modelo que parte de considerar tres niveles diferenciados de la determinación social de la salud: a) un primer nivel que pudiera denominarse "macrosocial", en el cual la relación sería entre la formación

socioeconómica como un todo y el estado de salud de la población en general (del mundo, de una región, de un país dado); b) un segundo nivel, que pudiera denominarse "grupál", en el cual la relación a estudiar es entre el modo de vida y las condiciones de vida de determinado grupo y el estado de salud de ese grupo (clase social, grupo profesional y por cualquier otro criterio); y c) un tercer nivel, o nivel individual, en el cual la relación aparece entre el estilo de vida individual, las condiciones individuales de vida y el estado de salud individual. Estos niveles no constituyen compartimientos estancos sino que guardan una íntima relación entre sí. Considera a la personalidad como la expresión de la psiquis concreta que se objetiviza en cada hombre y que regula su relación activa con el medio, y cuyo elemento central es la instancia de toma de decisiones, que aclara, no debe ser confundida con la conciencia. La personalidad es una cualidad sistémica, en la cual todas las demás instancias se subordinan a la instancia superior de toma de decisiones. De este modo, la comprensión del papel de la psiquis en la determinación de la salud parte del análisis de la interacción entre la cualidad sistémica salud con la cualidad sistémica personalidad, interacción que se da de formas específicas. A pesar de que es explícito acerca de la inconveniencia de presentar modelos simplificados, el autor ofrece estas interacciones:

a) Una instancia central de regulación, que en este caso sería la personalidad; de esta instancia se diferenciarían las siguientes instancias internas:

- la instancia de regulación más elevada de toma de decisiones personales
- una instancia que abarca las necesidades y motivos individuales
- una de imagen del mundo, las relaciones, las normas y los valores sociales
- una instancia de reflejo de sí mismo
- una instancia de reacciones emocionales.

b) Una instancia del conjunto de relaciones sociales en que

participa el individuo (relaciones laborales, familiares, etc.), en la cual se incluyen las relaciones específicas del individuo con los servicios de salud.

c) Una instancia representativa del estado de salud del individuo.

Establece que "la interacción empíricamente contrastable entre la personalidad y el conjunto de relaciones sociales sería el modo de vida individual o "estilo de vida".

Todas estas instancias están íntimamente vinculadas (se insiste en el carácter simplificado del modelo para su operacionalización) y destaca entre ellas la que abarca las necesidades y motivos individuales, a partir del lugar que ocupan los motivos relacionados con la salud en la compleja estructura motivacional del sujeto, ya que ésta produce una información útil acerca de los objetivos que se trazaría en lo que respecta a su salud, desde los aspectos de prevención, que se manifiestan en el modo de vida (hábito de fumar, sedentarismo, etc.) hasta los aspectos curativos (asistencia o no a los servicios de salud, utilización o no de los medicamentos que le son prescritos, etc.). Otra es la de la imagen del mundo, las relaciones y las normas sociales. "En el plano de la determinación de la salud, dicha imagen del mundo tiene una serie de elementos que pueden influir en determinadas tomas de decisiones al respecto de cuestiones que tienen que ver con la salud". Así, están: la imagen que tiene la persona de la relación médico-paciente; la imagen que puede tenerse de lo que deben ser los servicios de salud; la definición interna que haga el individuo sobre cuáles fenómenos tienen que ver con la salud y en qué forma; la imagen de cómo son determinadas enfermedades; la imagen que tenga de lo que no son o deben ser determinados tratamientos; la imagen que tenga de las normas sociales que existen con respecto a todo lo relacionado con la salud, etc.

A la imagen de sí mismo le correspondería un importante papel, por su relación con las ideas de desfiguración y daño corporales asociadas a determinadas enfermedades y a determinados tratamientos. En la instancia emocional se

considera el aspecto "activacional", en tanto respuesta fisiológica de estas.

El funcionamiento del modelo propuesto, de acuerdo a este autor, puede verse a través de dos modos generales: a) como parte del mecanismo interno de producción de las enfermedades de determinados tipos, en las cuales es comúnmente reconocido el papel del llamado "factor emocional"; y b) como mecanismo interno de regulación de las actividades que pueden propiciar u obstaculizar la salud, o sea, todo lo relacionado con la regulación de las tomas de decisión del sujeto que influyen sobre su salud, y que conforman un modo o estilo de vida sano o insano en mayor o menor medida.

En sus comentarios sobre este modelo de Pérez Lovelle, Beltrán y Torres (1992) indican que a partir del mismo es posible dar cuenta de la dimensión interna de "lo psicológico", lo que impone el reto de buscar los métodos más adecuados para acceder a su conocimiento.

Un enfoque más reciente es el de Ribes, que es expuesto en un libro (Ribes, 1990) en el que realiza un ejercicio conceptual que "intenta delimitar las aportaciones y dimensiones psicológicas en la problemática multidisciplinaria de la salud". Este trabajo de Ribes se apoya en mucho, en aportes anteriores de este autor (Ribes y López, 1985; Ribes y Sánchez, 1990) sobre asuntos más generales de teoría psicológica, desde la perspectiva interconductual, por lo que la revisión de esos textos anteriores podría ser de gran utilidad para el lector.

El modelo que propone Ribes tiene una base interactiva y también destaca el carácter activo de la relación del individuo con el ambiente: "aun cuando sería utópico suponer que toda alteración del estado biológico del organismo es mediada frente al ambiente por la práctica social del individuo, sí es postulable que en última instancia, la prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando". Para Ribes, esta es la dimensión psicológica de la salud.

Este modelo toma en cuenta tres factores fundamentales:

1) la forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, en la medida en que regula el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente; 2) las competencias que definen la efectividad del individuo para actuar con una diversidad de situaciones que afectan indirectamente el estado de salud y 3) las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente una condición biológica. Propone dos categorías de análisis, los factores de proceso y los factores de resultado, los cuales facilitan la caracterización de niveles de riesgo y el desarrollo de intervenciones que fomenten comportamientos útiles para mantener el estado de salud y la disminución del riesgo, y para facilitar la evolución de la enfermedad y la rehabilitación de las secuelas. Los primeros (los factores de proceso) son categorías referentes a los procesos psicológicos que vinculan condiciones del organismo con acciones del individuo enmarcadas en un medio sociocultural. Los segundos (factores de resultado) son categorías que describen las resultantes o consecuencias de dichos procesos, en términos de las características funcionales de comportamiento, la vulnerabilidad del organismo y sus efectos en la producción-prevención de enfermedad, y conductas asociadas a la alteración biológica.

Ribes concede especial importancia a los factores de proceso y a la naturaleza psicológica de su interacción, la que se produce de manera diferencial de unos con respecto a otros. Los factores que participan en esa interacción son: a) la historia interactiva del individuo; b) las competencias funcionales al interactuar con una situación general determinada; y c) la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen una situación. Esa historia interactiva es la historia de cómo el individuo se ha comportado en el pasado con respecto a determinadas situaciones y de las relaciones comprendidas en esas situaciones, y expresa la disposición de un individuo a interactuar con una situación presente con base en sus formas

y modos de interacción previos inmediatos, funcionalmente pertinentes a dicha situación. En tanto historia interactiva de un individuo particular puede examinarse en dos dimensiones: los estilos interactivos, que constituyen la manera consistente e idiosincrásica en que un individuo se enfrenta con una situación al interactuar por primera vez con ella, y la disponibilidad de competencias funcionales, que tiene que ver con lo que se podría denominar la capacidad conductual de un individuo y que se refiere a la funcionalidad adquirida en interacciones pasadas por ciertas formas de comportamiento ante determinadas situaciones contingenciales, con base en las consecuencias que han tenido lugar. El análisis de las competencias funcionales presentes incluye también el de a) los requerimientos de la situación; b) los factores que definen el contexto de la interacción, y c) la historia de competencias pertinente.

Los factores de resultado pueden ser observados en términos de sus consecuencias en la forma de a) el grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad, y b) la disponibilidad y emisión de conductas instrumentales preventivas o de riesgo para la aparición de enfermedades biológicas. Estos dos factores convergen para determinar la probabilidad de que se produzca la enfermedad y de que aparezcan los comportamientos relativos a ella. Entre los factores que afectan la vulnerabilidad, algunos son de naturaleza puramente orgánica, y otros son el producto de prácticas inadecuadas que de forma indirecta afectan el estado biológico (por ejemplo, no disponer de anticuerpos por no haberse practicado una vacunación), pero otros están directamente mediados por el comportamiento porque la forma en que un individuo interactúa con las contingencias del ambiente propicia cambios orgánicos específicos (por ejemplo, en la tensión arterial, en el sistema endocrino o el inmunitario). En cuanto a otro de los factores que se incluyen en los resultados, el de las conductas instrumentales, se definen como acciones de los individuos que, directa o indirectamente, disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraigan una enfermedad, y reflejan los

aspectos vinculados al entrenamiento en prácticas de salud de los individuos, así como los aspectos culturales que facilitan o interfieren con dichas prácticas (por ejemplo, las conductas que producen o evitan el contacto con un agente patógeno, o con uno causante de lesiones). Algunas son conductas directas, como las de los ejemplos anteriores, y otras pueden ser más indirectas, porque no tienen efectos inmediatos sobre la salud, pero la pueden afectar a largo plazo (malas prácticas alimentarias, tabaquismo, etc.).

Por último, un tercer factor de resultado, se refiere a los comportamientos asociados a la patología biológica una vez establecida, entre estos, los que están vinculados al seguimiento y adherencia a una terapéutica efectiva, de mucha importancia en cualquier enfermedad; los que se requieren para la rehabilitación de secuelas y para la mejor evolución de enfermedades crónico-degenerativas y en los casos con impedimentos físicos terminales; y los que se asocian a la patología biológica, que pueden convertirse en sí mismos en problemas terapéuticos. Sobre la base del modelo, Ribes propone cuatro combinaciones resultantes principales, derivadas de los procesos peculiares que a nivel psicológico inciden en la configuración de las condiciones patológicas en un individuo:

- a) Conductas que son instrumentales de alto riesgo y alta vulnerabilidad biológica, que resultarán inevitablemente en el desarrollo de una condición patológica.
- b) Conductas que son instrumentales de alto riesgo y baja vulnerabilidad biológica, que resultarán en probabilidades variables de aparición de condiciones patológicas, con base en la naturaleza de estas últimas.
- c) Conductas que son instrumentales de bajo riesgo y alta vulnerabilidad biológica, que tendrán efectos similares a los del caso anterior.
- d) Conductas que son instrumentales de bajo riesgo y baja vulnerabilidad biológica, que resultarán en una baja probabilidad de desarrollar condiciones patológicas.

La discusión de estos modelos supondría el uso de un

espacio que rebasa los límites de este texto, y es de hecho, lo que será oportuno realizar en el marco del ejercicio docente vivo. Es evidente que se parte de orientaciones diferentes, y en ningún caso parece oportuna su comparación por contraste, pero lo destacable en ambos es el interés por superar la "atomización" a que se hizo referencia al inicio de este capítulo. En los dos modelos se toma en consideración como un elemento prioritario el carácter activo del ser humano y la toma de decisiones.

Las referencias presentadas nos indican el punto en el que nos encontramos en relación con el análisis conceptual de la relación entre los factores psicológicos y el proceso salud-enfermedad, análisis que debe ser continuado muy especialmente sobre la base de desarrollar aplicaciones concretas en la práctica que contribuirán a esclarecer aun más la naturaleza de las complejas relaciones implicadas y a responder las interrogantes pendientes. El psicólogo interesado en este campo no debe perder de vista la necesidad de la conceptualización, evitando el pragmatismo simplista, y aun más, la utilización de instrumentos y procedimientos de insuficiente fundamento. La labor que deberá ser realizada en este aspecto será ardua, pero es absolutamente necesaria.

Lecturas indicadas: Ribes (1990); Ribes y López (1985); Pérez Lovelle (1987); Beltrán y Torres (1992)

CAPITULO IV: LA PSICOLOGÍA EN LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DE SALUD. ASPECTOS GENERALES

La psicología de la salud requiere, tener no obstante los asuntos que quedan por esclarecer, tener una salida a la práctica, y especialmente en aquellos espacios del sector salud en los que los psicólogos tenemos las mejores oportunidades de hacer contribuciones para el bienestar de las personas. Existirían entonces dos planos diferenciados: 1) uno más general, que puede incluir la participación de la psicología en la formulación de políticas de salud, el diseño de programas de alcance nacional o regional para problemas específicos, y la intervención en el diseño y aplicación de programas de formación de recursos humanos para los servicios de salud en los que se integra una orientación psicológica; y 2) otro más particular, que estaría dado por la participación de la psicología y los psicólogos en el trabajo directo de las instituciones de salud de diferente tipo.

El primero de estos planos es de suma importancia, en primer lugar, por su alcance, y en segundo lugar porque el trabajo en ese tipo de tareas puede dar la oportunidad de desarrollar una amplia labor de investigación e incluso, de análisis conceptual. Además, la realización de acciones de ese tipo, lleva necesariamente aparejada la necesidad de hacer evaluaciones de su impacto, lo que puede contribuir en mucho (si los resultados son buenos) a la credibilidad de la psicología como recurso de los sistemas y servicios de salud.

Ejemplos de estas actividades pudieran ser los que se derivan de la integración de la psicología en:

a) la identificación de las tendencias del estado de salud de la población y en el establecimiento de las prioridades de la política sanitaria a nivel de un país o una región, contribuyendo al reconocimiento de las variables psicológicas presentes y brindando indicaciones acerca de cómo pueden ser abordadas;

b) la formulación o modificación de modelos de servicios, como pudiera ser el caso de los servicios de atención primaria, contribuyendo a la identificación de las necesidades de salud que esos servicios deben atender, al diseño de su estructura y funcionamiento, y haciendo indicaciones acerca de cómo en los mismos deben ser contempladas las variables psicológicas, las actividades que deben ser previstas para trabajar con esas variables en el modelo, la integración de las mismas en los instrumentos a utilizar para el diagnóstico de la situación de salud de las poblaciones objetivo, el diseño de las funciones a realizar por los psicólogos en el modelo, etc. Otro caso en esta línea de actividad sobre modelos de servicios, puede ser la del diseño de subsistemas de atención a urgencias, o la muy importante de contribuir a que los ambientes de los hospitales cumplan con requerimientos psicológicos;

c) la formulación y puesta en práctica de programas de nivel nacional y regional en relación con problemas de salud específicos, como pueden ser los dirigidos a ciertos factores de riesgo como el tabaquismo, el sedentarismo o los hábitos dietéticos poco saludables; a enfermedades transmisibles estrechamente asociadas al comportamiento como el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual; a la prevención y mejor evolución de enfermedades crónicas no transmisibles como las cardiovasculares; a la prevención y control de las adicciones a sustancias nocivas, como el alcohol y las drogas; a la prevención y control de los accidentes; a la prevención y control del cáncer, particularmente el de la mama y el del cuello del útero; a la promoción de la planificación familiar, el espaciamiento de los embarazos y la evitación de nacimientos de madres adolescentes; y los programas generales dirigidos a la promoción de la salud, los estilos de vida saludables y la protección del ambiente. Con independencia de las acciones propias de las instituciones de salud de atención primaria, existe actualmente una tendencia creciente al desarrollo de programas verticales para problemas específicos como los que se han mencionado y otros, que se diseñan con alcance nacional o

regional, los cuales comparten la necesidad de integrar la psicología, tanto para evaluar mediante investigaciones las variables de comportamiento que se asocian a los problemas, como para determinar los grupos de población que deben ser priorizados, las estrategias de intervención y los medios a utilizar para producir los cambios necesarios y para realizar la evaluación de los cambios;

d) la formulación de enfoques y programas para la formación de recursos humanos para el sector de la salud, debido a la necesidad que se observa de que los profesionales de la salud dispongan de recursos para interpretar las variables psicológicas presentes en los problemas con los que trabajan. Aunque desde hace muchos años la mayor parte de las escuelas de medicina y de enfermería incluyen contenidos de psicología en sus programas de formación, la óptica que ha prevalecido es la de la psicología médica tradicional, que no contribuye a dotar a estos profesionales de los conocimientos y habilidades necesarias para los problemas que hoy enfrentan. Por eso, en este plano general, una contribución muy importante está en el diseño de los programas de esas carreras y los de otras profesiones de nivel superior y técnico del campo de la salud, con los contenidos adecuados, los que deben reflejar los enfoques actuales de psicología de la salud y brindar herramientas útiles a esos profesionales. El impacto de esta contribución puede ser muy amplio si además del diseño de los programas, se logra que los pongan en práctica profesores calificados;

e) el diseño y puesta en práctica de procedimientos de evaluación de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud. Siendo uno de los componentes o partes integrantes de la psicología de la salud el referido a aplicar el conocimiento psicológico al mejoramiento de la calidad de dichos servicios y al logro de su correspondencia con las necesidades de los que los reciben, resultará de mucha utilidad contar con sistemas de procedimientos que permitan conocer las expectativas de los usuarios, el nivel de satisfacción alcanzado cuando se usan los servicios, la accesibilidad de los mismos, y otros muchos

aspectos para los cuales las técnicas desarrolladas por la psicología social pueden ser muy apropiadas. Estos sistemas de procedimientos pueden ponerse en práctica a escala local, regional e incluso nacional.

Para que la psicología se inserte en este plano se requiere:

- 1) que las autoridades que toman las decisiones de alto nivel en los sistemas y servicios de salud comprendan los beneficios que pueden obtener en sus proyectos con la integración de los aportes de la psicología, y consecuentemente creen las condiciones para abrir espacio a los psicólogos en centros de investigación y equipos de trabajo de niveles normativos y ejecutivos centrales; y,
- 2) lo que es más importante, que existan psicólogos con la competencia profesional necesaria para llevar a cabo estas tareas. Esa competencia se obtendrá no solamente con conocimientos de psicología, sino también con conocimientos de las disciplinas del campo de la salud y otras afines, en particular, epidemiología, organización de servicios de salud, estadísticas de salud, comunicación, y otras, según sea el caso de la tarea a realizar. Esto pone de relieve la necesidad de que en los estudios de pregrado y postgrado en psicología estén representadas en alguna medida esas materias.

Lecturas indicadas: Morales (1995)

CAPITULO V: LA PSICOLOGÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

1) ANTECEDENTES Y DEFINICIONES BÁSICAS

Analizado en el capítulo precedente el asunto de la integración de la psicología a los programas y servicios de salud en el plano de lo general, pasaremos ahora a ver esta integración en el trabajo directo en ciertos tipos de instituciones. En este segundo plano, un espacio privilegiado es el de la atención primaria. Este es un concepto que ha sido muy discutido, y sobre el cual en algunos momentos se han hecho consideraciones que se pueden considerar un poco simplistas al atribuírsele la condición de cuidados elementales. Sin embargo, la atención primaria debe contemplarse como uno de los momentos más importantes y ricos entre todos los procesos de atención a la salud. Con independencia de las definiciones oficiales propias de cada país, es importante considerar una muy general, que es la que se expresó en la reunión sobre este tema organizada por la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata, en 1978, y que dice que es "la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo socioeconómico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (OMS, 1979).

Esta definición lleva implícitas muchas proposiciones importantes: las acciones deben ser fundamentadas científicamente, con el máximo nivel de accesibilidad para la población y con el uso de la tecnología apropiada, es decir, con el uso de los recursos idóneos para satisfacer las necesidades de salud que se presentan en un lugar determinado, y deben ser económicamente viables, es decir, deben desarrollarse mediante formas de organización de los servicios que resulten soportables para la comunidad a la que van dirigidos.

Otra consideración importante en atención primaria es que los servicios que se brindan se organicen en programas, cuyo impacto pueda ser evaluado. También lo es el hecho de que estos servicios se presten preferentemente de manera ambulatoria, con la participación activa de los miembros de la comunidad en la toma de decisiones acerca de lo que debe hacerse, y con énfasis en aquellos problemas que son prioritarios para la salud de esa población.

Dicho así, de manera general, podemos tener una apreciación de que atención primaria es un modo de organizar la atención de la salud de las personas, que se hace lo más cerca posible de la gente, de sus lugares de vida y trabajo, y que se lleva a cabo desde instituciones que no son de alta complejidad estructural, pero que sí deben estar concebidas con un sentido de alta eficiencia. Los recursos que se usen, y el equipamiento, en sentido general, deben ser los más adecuados posibles.

Las prioridades de trabajo en atención primaria son muy variadas, dependen de los problemas específicos que tenga la comunidad con la que se trabaja, siempre a partir de una correcta identificación de esos problemas mediante el diagnóstico de la situación de salud de la comunidad, y de una concepción integral de promoción de salud, prevención y atención de las enfermedades y otros problemas y daños de la salud (como por ejemplo, los accidentes), y la rehabilitación basada en la comunidad de las personas con secuelas y limitaciones. Las prioridades en las acciones tendrán que estar

determinadas por la interpretación que el equipo de trabajo hace del estado de salud de la comunidad, interpretación que también debe integrar lo que la población percibe como sus necesidades prioritarias. Esas acciones deben estar dirigidas a lograr el mayor impacto para la transformación de la calidad de la vida y el estado de salud de esa población, por supuesto, en un sentido positivo.

Como puede inferirse de lo que se ha dicho, las acciones de salud en atención primaria no pueden ser solamente sobre los individuos, sino que deben alcanzar a las familias consideradas como unidad, a las instituciones, la comunidad en general, sus organismos representativos y sus líderes, y al medio ambiente en sentido general. Entonces, los servicios no pueden prestarse por profesionales individuales, sino que la actividad de estos debe ser llevada a cabo por equipos que integren el conocimiento y la tecnología de diferentes disciplinas y profesiones, entre los que deben estar, como es esperable, los médicos y las enfermeras, pero también los psicólogos, las trabajadoras sociales, los trabajadores sanitarios, estadísticos de salud, etc..

Hay dos conceptos muy asociados al de atención primaria, que son los de 1) promoción de salud y 2) prevención y control de los riesgos de enfermar.

2) LA PROMOCIÓN DE SALUD

Aunque durante muchos años los servicios de salud, en mayor o menor grado, han realizado acciones que pueden considerarse dentro del concepto actual de promoción de salud, en los últimos 20 años ha aumentado el interés por el mismo, tanto por su definición como por la búsqueda de formas de organización y de uso de recursos tecnológicos para llevarla a cabo. En el mundo occidental desarrollado, cuyos problemas son muy diferentes a los del resto del mundo, la promoción de salud tomó auge a partir del documento producido en 1974 por el gobierno de Canadá titulado oficialmente "A New perspective on

the Health of Canadians", conocido también como "Informe Lalonde" por el apellido del ministro de salud que lo auspició. Este documento enfatizaba a la promoción de salud como medio para enfrentar los problemas de salud que aparecían como significativos en la población de ese país, y la definía (a la promoción de salud) como "el proceso para capacitar a las personas para aumentar el control y mejorar su salud" (Lalonde, 1988). Se han dado otras muchas definiciones (ver Martínez, 1994). En la llamada "Carta de Ottawa", documento final de una reunión realizada en esa ciudad en 1986 con la aceptación de la OMS, se dice que la promoción de salud "consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana". Y se agrega: "se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de salud no concierne exclusivamente al sector salud".

Las acciones de promoción de salud deben tener, por tanto, carácter multisectorial (no son exclusivas del sector salud) y multidisciplinario (tampoco son exclusivas de la medicina), y deben implicar un importante compromiso de las autoridades políticas. De acuerdo a Martínez (1994), las acciones de promoción de salud pueden definirse como el "conjunto de elementos básicos para realizar las políticas sanitarias orientadas a una estrategia poblacional en salud", y se resumen en:

- elaboración de una política pública sana,
- creación de ambientes favorables,
- reforzamiento de la acción comunitaria,
- desarrollo de las aptitudes personales,

- reorientación de los servicios sanitarios.

Las actividades de promoción de salud, siguiendo el criterio de la autora antes citada, serían medios para la acción, concretamente, "la forma de ejecutar en la práctica las acciones de promoción", los que se resumen en:

- determinar "modelos de salud" (sólo tenemos "modelos de enfermedad"),
- fomentar estilos de vida sanos,
- establecer estrategias de comunicación social,
- desarrollar técnicas de trabajo comunitario.

Esta autora también cita la expresión de White (1990) en el sentido de que "la promoción de salud se origina en las ciencias que se ocupan del comportamiento social".

El interés para la psicología es evidente. En un artículo anterior sobre este tema (Morales, 1991), se realiza un análisis de su significado para nuestra disciplina, destacando como las acciones promocionales necesitan apoyarse en conceptos puramente psicológicos tales como: hábitos, actitudes, motivaciones, interacciones personales y familiares, y habilidades. Se hacen seis recomendaciones para el trabajo de los psicólogos: 1) identificar los problemas que requieren atención prioritaria; 2) para esa identificación, la información sobre la comunidad es la fuente para la toma de decisiones, debiéndose usar datos seguros procedentes de registros continuos, investigaciones previas o investigaciones al efecto; 3) trabajar en equipo con profesionales de otras disciplinas, compartiendo el conocimiento que sea necesario compartir; 4) evaluar los resultados siguiendo un modelo de intervención (al menos "antes-después", y con grupos de control cuando sea posible); 5) utilización de diferentes procedimientos con un carácter creativo; y 6) estimular la más activa participación de los miembros de la comunidad, ya sea tomando en cuenta su opinión en la definición de las prioridades y las estrategias, ya sea como "multiplicadores", ya sea en la evaluación de los resultados.

El "estilo de vida":

En promoción de salud y en atención primaria en general se ha observado una reiterada referencia al concepto "estilo de vida", que de hecho hemos manejado en varias partes de este texto. Este concepto, que aparece con frecuencia en la literatura sociomédica y epidemiológica, se utiliza generalmente en la actualidad para describir de manera resumida el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que pueden ser pertinente para el mantenimiento de su salud o que lo colocan en situación de riesgo para la enfermedad. De hecho, es también un concepto frecuente en la literatura de psicología de la salud, sin embargo, de acuerdo a Coreil y Levine (1984) "es sorprendente que pocos autores se han visto en la necesidad de definir el término, y las discusiones conceptuales acerca de qué debe ser entendido por 'estilo de vida' son prácticamente inexistentes". En la revisión que Coreil, Levine y Jaco (1985) realizaron sobre el término encontraron diversas acepciones; desde 1972 cuando apareció por primera vez como un descriptor en el "Index Medicus", se utiliza en el sentido de comportamientos específicos identificados como factores de riesgo para enfermedades y muertes accidentales, siendo los más comunes el uso de tabaco, los hábitos de consumo de alcohol y drogas, el control del peso y de la dieta, la realización de ejercicios físicos, el manejo del estrés, y el uso de dispositivos de seguridad, fundamentalmente cinturones en los asientos de los automóviles. Estos autores llaman la atención acerca de que este uso supone la noción de que los hábitos personales son discretos y modificables independientemente, y de que las personas pueden decidir voluntariamente la alteración o modificación de estas conductas; sin embargo, se presta poca atención a la modificación de los aspectos generales de las sociedades en las cuales los individuos participan. Al ignorar las influencias sistemáticas de la sociedad, se pone el foco de atención en el individuo y en su propia responsabilidad. Considerar los comportamientos como elementos aislados,

divorciados de su contexto, induce a la formulación de programas de promoción de salud que lo que intentan es cambiar comportamientos específicos sin considerar el complejo total dentro del cual estos elementos son sólo una parte, sin tomar en cuenta el nivel del sistema macro-socio-cultural que sostiene y le da sentido a esos patrones de conducta. La interpretación biomedicalizada del estilo de vida eclipsa el análisis de los factores de contexto. En este sentido es muy válida la idea de que un estilo de vida saludable puede ser adoptado si se tienen los conocimientos, la oportunidad y la voluntad para ello. En algunos ambientes, ciertos comportamientos no saludables son inevitables. Para los psicólogos resulta muy importante comprender estos hechos, ya que a nuestra disciplina corresponde esclarecer la relación entre el ambiente y los comportamientos, buscar medios para prevenir la adopción de aquellos que tienen potencialmente un efecto negativo sobre la salud así como para modificarlos en las personas que los practican. Empero no podemos perder de vista la importancia de identificar en el ambiente los determinantes de esos comportamientos, de modo que nuestra participación en programas de promoción de salud pueda ser más efectiva. Cuando los programas se centran solamente en la modificación de comportamientos individuales a partir de la acción directa sobre los individuos, los esfuerzos pueden marchar hacia el fracaso.

3) LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL RIESGO DE ENFERMAR

Además del amplísimo tema de la promoción de salud, otro concepto de mucha importancia en el ámbito de la salud en general, y en atención primaria en particular, también de mucho interés para la psicología, es el de prevención de las enfermedades y el control del riesgo de enfermar. Realmente, la línea divisoria entre la promoción de salud y la prevención es difícil de precisar, en la práctica las medidas en uno y otro

sentido se llevan a cabo muchas veces de manera conjunta, y si algún sentido pudiera tener hacer una división, sería debido a que el trabajo para el control de riesgos definidos que se asocian claramente a ciertos problemas de salud requiere en ocasiones ser muy específico. Mediante estudios epidemiológicos, se han podido establecer los "factores de riesgo" que se asocian a muchas enfermedades, que como se ha insistido previamente no tienden a operar en forma aislada o lineal, sino en un sinergismo en el cual las causas deben adquirir no solamente la condición de necesarias sino también de suficientes. De acuerdo a Beckett, Davies y Petrós-Barvasián (1986) se puede considerar como factor de riesgo para el desarrollo de una enfermedad a "toda característica o circunstancia determinada de una persona o grupo de personas que según los conocimientos que se posee asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados desfavorablemente por tal proceso y que puede caracterizar a los individuos, la familia, el grupo, la comunidad o el medio ambiente". Existen riesgos físicos, químicos, biológicos y otros, pero a los psicólogos nos interesan especialmente los riesgos que se asocian al comportamiento y a las circunstancias del ambiente social que los favorecen.

Hasta la fecha la orientación de la investigación en relación con variables psicológicas que pueden actuar como riesgo para la producción de determinadas enfermedades ha sido más descriptiva que explicativa. Esto obedece al interés que ha existido por dar contenido y respuesta al creciente reconocimiento acerca del papel de esas variables en el problema, pero como se ha carecido de modelos conceptuales de adecuación suficiente, muchos estudios han utilizado constructos y conceptos de poco valor heurístico, basados en la observación empírica, acumulándose datos que requieren ser tomados con un margen de reserva. Hace falta ahora un profundo trabajo de análisis, cuidadoso, para paso a paso ir construyendo conceptos de mayor rigor operacional, que permitan tanto el desarrollo de instrumentos de reconocimiento

del riesgo psicológico como el diseño de intervenciones de un impacto cualitativamente superior. En este sentido resulta útil recordar los comentarios que fueron hechos en el capítulo dedicado a presentar los problemas relativos al análisis conceptual.

Un examen de este problema nos lleva a la valoración de algunos de esos conceptos que se han venido postulando para definir factores de riesgo en relación con problemas de salud frecuentes.

El riesgo "psicosocial":

El primero de esos conceptos es el mismo de "factor psicosocial de riesgo". Siendo uno de los más utilizados, de hecho su contenido no tiene una definición clara. En un trabajo anterior (Morales, 1990) se advirtió sobre la amplitud de este concepto y sobre su posible carácter polémico. En ese trabajo se formuló la idea de que no obstante lo anterior, el concepto podía ser operacionalizado en tres dimensiones, lo que se hizo, siguiendo la lógica de los tres niveles de determinación de la salud a la que se ha hecho referencia antes. Así, las tres dimensiones de esa operacionalización serían las siguientes: 1) la macrosocial, que se refiere a la sociedad en su conjunto, a su complejo sistema de relaciones, especialmente las de producción, que sitúan a cada individuo en una posición por su pertenencia a una clase determinada. Esta dimensión comprende también a ciertas características nacionales, culturales o religiosas; 2) la del micromedio, que incluye a la familia, la vida laboral y las relaciones más inmediatas que se dan en las condiciones de trabajo y vida concreta de un individuo; y 3) la individual, que comprende al sujeto que en tanto personalidad se orienta y regula su comportamiento. En ese trabajo se argumentaba la importancia que tiene para la prevención conocer cuáles son los grupos, las familias y los individuos cuyas condiciones de vida, normas, valores, motivaciones y comportamientos puedan considerarse de mayor riesgo para enfermar en sentido general, o para adquirir una

condición específica, y se decía que de esos factores de riesgo, los que correspondían ser estudiados por la psicología de la salud son los del micromedio y los individuales. Después de que han transcurrido cinco años desde la publicación de ese artículo, el propio autor se ve en la necesidad de revalorizar el asunto. En primer lugar surge la cuestión de si es o no adecuado el uso del término "psicosocial", el cual es una palabra compuesta en la que se yuxtaponen dos términos que sirven para denominar dos realidades muy relacionadas e interdependientes, pero que cualitativamente son diferentes. Al procederse al uso indiscriminado de la expresión "factor psicosocial de riesgo" se aplicará indistintamente, ya sea a procesos definidamente psicológicos, ya sea a procesos definidamente sociales, ya sea a procesos complejos en los que están presentes variables psicológicas y variables sociales, con lo que se puede perder especificidad acerca de lo que se quiere describir. Más oportuno parece hoy esforzarnos por precisar mejor las expresiones, dándole contenido a los conceptos "factor (o factores) psicológico (s) de riesgo", "factor (o factores) social (es) de riesgo", y cuando sea necesario porque es reconocible en la realidad que se analiza y describe la presencia de ambos tipos diferenciados de factores, entonces usar la expresión "factores psicológicos y sociales de riesgo". La segunda cuestión sería entonces, definir cuáles son los integrantes de cada uno de estos conjuntos de factores, qué hechos o realidades son las que describen, cómo se reconocen, cómo se evalúan y se miden. El punto en que nos encontramos en el desarrollo de la psicología de la salud nos obliga a trabajar en esa dirección, trabajo que debe apoyarse en los aportes conceptuales fundamentales que se han revisado con anterioridad en este mismo texto.

Los "acontecimientos de la vida":

Otros de esos conceptos es el de "acontecimientos de la vida", que muchos suelen denominar en español "eventos vitales" por la traducción literal que se hace de la expresión que se utiliza en inglés ("life events"). Del mismo modo que ocurre

con el concepto "estilo de vida" sobre el cual ya se hicieron comentarios, este concepto está pobremente definido en la literatura. En un trabajo anterior (Díaz y Morales, 1990) en el que se presentaron los resultados de una investigación que estudió la relación de estos acontecimientos con problemas de salud, se prefirió utilizar la expresión más completa de "acontecimientos significativos de la vida", caracterizándoseles como "aquellos hechos, deseados o no, que ocurren en la vida de un sujeto, que tienen una importancia tal que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales o que pueden introducir cambios en los hábitos y costumbres y que requieren de un esfuerzo adaptativo". Como se puede apreciar, este concepto está siendo visto aquí dentro de una noción general de adaptación, y muy vinculado a otro concepto que discutiremos más adelante que es el de "estrés". Realmente, hay muchos trabajos en la literatura que apoyan la idea de que la ocurrencia de estos acontecimientos actúa como precursora de estados de enfermedad o de accidentes, por cuanto operan como situaciones tensionantes que activan respuestas neuroendocrinas, las que pueden implicar cambios tales como aumento de las cifras de tensión arterial, modificaciones en el metabolismo de los lípidos o disminución de la inmunocompetencia; o cambios en el estado de ánimo, por ejemplo, depresión y ansiedad; así como afectar la atención activa, lo que puede dificultar la capacidad laboral y crear una cierta propensión a los accidentes; o llevar a la persona a adoptar o intensificar ciertos comportamientos nocivos para su salud como fumar, ingerir bebidas alcohólicas, descuidar el tratamiento de una enfermedad crónica que ya padece, etc. (Díaz y Morales, 1990). De hecho, no hay duda de que, de manera general, ciertos acontecimientos (como la muerte de un familiar querido, el divorcio, cambiar de empleo o de domicilio, etc.) pueden ser encontrados en la historia reciente de personas que comienzan a padecer una enfermedad, agravan de un padecimiento crónico, tienen un accidente, o se suicidan. Pero no se puede establecer una relación lineal y directa entre la

ocurrencia de esos acontecimientos y la producción de la enfermedad, ya que pueden ocurrir otros procesos mediatizadores. Es importante, además, destacar la dificultad que implica el estudio de estos acontecimientos. Desde 1949 comenzaron las investigaciones que le permitieron a Holmes y Rahe la construcción de la Escala de Reajuste Social (Social Readjustment Rating Scale; Holmes y Rahe, 1967), que consta de 43 acontecimientos de la vida representativos; a partir de esa escala y de sus modificaciones se han realizado la mayor parte de los estudios que relacionan tales acontecimientos con problemas de salud. Más tarde Horowitz y cols. (1977) desarrollaron otra escala (Horowitz Life Events Questionnaire), que contempla la variable "tiempo transcurrido desde la ocurrencia del acontecimiento". Sin embargo, hay problemas que estas escalas no resuelven, tales como el de la deseabilidad del acontecimiento, y el modo en que las circunstancias presentes al momento de responder la escala afectan el recuerdo de tales acontecimientos. Los puntajes que estas escalas otorgan a cada acontecimiento han sido el producto de elaboraciones estadísticas hechas a partir de las ponderaciones dadas por los sujetos consultados para su construcción, pero estas ponderaciones tienen un gran sesgo cultural, por lo que se ha sugerido que, más que con cuestionarios cerrados, la evaluación de la presencia de estos acontecimientos debe hacerse con guías de entrevista más abiertas (Morales y Roca, 1988). De acuerdo a Bloom (1988) la posición generalizada de los investigadores es que el impacto de los acontecimientos debe ser entendido sólo dentro de un contexto social y psicológico, que las consecuencias a largo plazo de los acontecimientos no tienen por qué ser necesariamente dañinas, y que el hecho de que se desarrolle una enfermedad no depende tanto del impacto del acontecimiento mismo, sino del patrón de búsqueda de ayuda para sus problemas de salud que siga la persona. Este concepto, entendido como variable simple, tiene valor descriptivo y solo relativamente en términos de poblaciones y de frecuencia de problemas de salud en las poblaciones. Es necesario que sea

entendido no como un simple cambio, sino, como sugiere Ribes (1990), como situaciones que poseen contingencias potencialmente productoras de estrés (por ejemplo, circunstancias en las que las consecuencias son impredecibles y opcionales, o en las que las señales son ambiguas). Los programas preventivos deben tener la capacidad de identificar en el ambiente social aquellos acontecimientos que para una determinada población con la que se trabaja se presentan frecuentemente, para brindar ayuda a esas personas sobre la base de un análisis individualizado. Por supuesto, que todas las acciones que puedan hacerse sobre un ambiente determinado (por ejemplo, un ambiente laboral) para disminuir la frecuencia de la ocurrencia de acontecimientos de esta naturaleza, serán también de gran utilidad.

El "estrés":

En cuanto al concepto de "estrés", su definición ha conocido varios momentos, desde el enfoque clásico eminentemente fisiologista de Selye, hasta los planteamientos más divulgados en la actualidad bajo la orientación cognitivista en el sentido de que consiste en aquellas respuestas del organismo ante cualquier evento en el cual las demandas ambientales, las demandas internas, o ambas, agotan o exceden los recursos de adaptación del sistema social o del sistema orgánico del individuo, al tiempo que se le concede gran importancia a la evaluación que el sujeto hace del estímulo, lo que tendrá una influencia en la intensidad de la respuesta.

Integrando diferentes aportes previos en una amplia revisión, el investigador cubano Álvarez (1987) señala que los aspectos de una definición de estrés deben ser los siguientes: a) es una respuesta del organismo ante estimulaciones que tienden a romper su homeostasis, las que pueden ser de origen psicosocial, físico o biológico; b) esta respuesta es de tipo sistémico e integra los niveles psicológicos, neurológico y endocrino; c) es una respuesta parcialmente inespecífica, lo que quiere decir que en algunos niveles la respuesta puede ser

estereotipada o independiente de la naturaleza del estímulo; d) el carácter estresante de un estímulo de carácter psicosocial no lo da el estímulo como tal, sino la significación atribuida a dicho estímulo por el sujeto, unido a experiencias previas, grado de control sobre el ambiente, etc.; e) tanto la significación atribuida como la respuesta psicológica tienen estrechamente vinculados sus componentes afectivos y cognoscitivos; f) la respuesta de estrés es activa e influye tanto sobre el estímulo psicosocial como sobre la significación atribuida; g) la vida social es el primer eslabón en la cadena de respuestas psiconeuroendocrinas.

Como se observa, Álvarez también destaca la importancia de que los estímulos que pueden provocar esta respuesta no tienen sentido 'per se', sino en relación con la persona que lo experimenta, así como el carácter activo de la respuesta, potencialmente modificadora de la propia situación. De acuerdo a otro autor cubano (González, 1994), "un aspecto esencial, disparador de la reacción integral que presupone el estrés, es la calidad de las emociones que el sujeto experimenta, las cuales están esencialmente determinadas por el proceso personalógico que activamente mediatiza el mundo interno y externo del sujeto y que descansa en la configuración psicológica de la personalidad". No necesariamente el estrés es siempre negativo (distrés) sino que puede ser un activador positivo para la acción.

En relación con el estrés, y desde diferentes perspectivas metodológicas, se han realizado y se siguen realizando, trabajos de investigación que relacionan este proceso con el desarrollo de enfermedades. En una revisión del asunto (Morales, 1991) se encontró que estos trabajos se han orientado preferentemente al estudio de los siguientes problemas:

1) metabolismo de los lípidos, por ejemplo, en una revisión de Dimsdale y Herd (1982) que incluyó 78 investigaciones, se ha encontrado que los ácidos grasos libres y el colesterol se aumentan bajo situaciones de tensión, en particular el colesterol se incrementa ante estresores crónicos; sin embargo, hay poca

consistencia en los hallazgos sobre los triglicéridos;

2) hipertensión arterial: desde los estudios de Harburg y cols. (1973) con grandes muestras de población se ha encontrado que las tensiones del ambiente y los estados emocionales que generan se asocian a esta condición y su control. En esa misma dirección se encuentran los trabajos de Theorell (1985) sobre tensiones laborales que se asocian a cambios en la tensión arterial incluso en sujetos jóvenes. Datos posteriores a aquella revisión, como los que ofrece Shapiro (1993) en relación con ambientes laborales cuyas tensiones generan estados emocionales de hostilidad y reacciones de ira apuntan hacia la misma línea de pensamiento.

3) infartos del miocardio: sobre esta condición, se ha considerado que pueden ir precedidos con frecuencia por situaciones de conflicto personal grave, planteándose que en sujetos predispuestos a los problemas coronarios por herencia, exceso de peso, hipertensión e hipercolesterolemia, el estrés aumenta el riesgo en forma importante. En una revisión realizada por Theorell (1985) y que abarca numerosos estudios acerca de los acontecimientos estresantes y su relación con las enfermedades cardiovasculares se citan varios hallazgos: en un estudio de mujeres que habían sufrido infartos del miocardio, se observó que las mismas habían tenido en los años precedentes al infarto más acontecimientos que las mujeres incluidas en el grupo de control. En la investigación longitudinal que lleva a cabo este autor sobre 6 723 personas se ha encontrado como un factor predictivo del infarto "el incremento de la responsabilidad en el trabajo" en los doce meses anteriores al infarto, en personas mayores de 50 años.

4) respuesta inmunológica: la relación del estrés con la respuesta inmunológica ha sido destacada insistentemente en los últimos años como uno de los hechos de mayor interés para el análisis del impacto de las tensiones sobre el estado de salud, a partir del desarrollo del enfoque interdisciplinario que se ha denominado psiconeuroinmunología, y existen expectativas en el sentido de que sus aportes puedan contribuir a encontrar

soluciones para muchos problemas. La idea básica de este enfoque parte de la conexión entre los sistemas nervioso e inmune. De acuerdo con datos citados por Garfield (1986) en un artículo de revisión, estos dos sistemas se destacan entre todos los órganos de nuestro cuerpo por su habilidad para responder adecuadamente a una gran cantidad de señales...."las células de ambos sistemas pueden recibir y transmitir señales....en ambos sistemas, las señales pueden ser excitatorias o inhibitorias...los dos sistemas penetran la mayoría de los tejidos de nuestro cuerpo y ambos aprenden de la experiencia y construyen una memoria que está apoyada por el reforzamiento". En otro artículo de revisión (de esos que aparecen citados muy frecuentemente) Borysenko y Borysenko (1983) explicaron cómo una sobreproducción de corticoesteroides a partir de un estímulo estresante puede llevar a una inmunosupresión indeseada que aumenta la susceptibilidad a las enfermedades. Experimentos realizados con ratones han puesto de manifiesto que aquellos sometidos a situaciones de estrés resultan más susceptibles a las infecciones producidas por virus, bacterias y parásitos que los del grupo control. También se menciona que el estrés tiende a aumentar la susceptibilidad de los ratones al cáncer y a aumentar la tasa de crecimiento del tumor una vez que se ha establecido. En seres humanos se han realizado estudios clínicos cuyos resultados son utilizados para apoyar estas ideas. En uno de ellos se analizó la posibilidad de que un acontecimiento de la vida considerado altamente estresante, como enviudar, pudiera alterar la inmunidad. La habilidad de los linfocitos para multiplicarse fue significativamente más baja dos meses después de experimentar esta situación tensionante en comparación con los niveles previos. En otros estudios, como con ejemplo, los realizados por estudiantes de medicina que atraviesan por la tensión de los exámenes, se ha encontrado una reducción de los linfocitos T necesarios para mantener una respuesta inmune afectiva, así como una disminución de la actividad de los "natural killer", células programadas para prevenir el desarrollo de tumores y su diseminación. En otro

estudio comentado por Bayés (1987), y que fuera realizado por Kielcot-Glaser en 1985, se encontró que personas de edad avanzada que experimentan estrés de tipo crónico, mejoran sus indicadores inmunológicos cuando reciben ayuda psicológica mediante técnicas de relajación y se incrementan sus oportunidades de contacto social. En otros trabajos (Lancet, s/a, 1987) se han hecho recomendaciones en torno a la importancia de llevar a la práctica clínica los resultados de estas investigaciones, y se ha hecho énfasis en el valor de los tratamientos psicológicos para mejorar la actividad del sistema inmune, en particular en grupos de personas consideradas vulnerables, lo que tiene especial sentido para el trabajo a nivel de la atención primaria. Sin embargo, un trabajo más recientes (Maier, Watkins y Fleshner, 1994), en el que se realiza una revisión de los resultados de 96 estudios sobre este tema concluye que "las complejidades, amplitud y riqueza de las interacciones (entre conducta e inmunidad) aun no está esclarecida, y los detalles de los mecanismos involucrados son ampliamente desconocidos".

En general, las perspectivas del estudio del estrés como factor de riesgo psicológico para las enfermedades, dependerán en mucho de cuanto avancemos en el desarrollo de modelos conceptuales, dentro de los cuales este fenómeno pueda ser mejor comprendido. No obstante, los datos actuales permiten extraer muchas sugerencias para el trabajo práctico, en especial, a través de la identificación de ambientes tensionantes y de las personas más expuestas a los mismos, para brindarles ayuda priorizada en la atención primaria.

El "patrón de comportamiento Tipo A":

Otro concepto muy reiterado en la literatura es el que se ha denominado "patrón de comportamiento Tipo A", y que tomó auge hacia 1974 debido a los trabajos realizados por Friedman y Rosenman a partir de estudios epidemiológicos sobre el riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Este concepto supone que ciertas personas son más vulnerables para desarrollar la

enfermedad coronaria, y son aquellas que mantienen un sentido de urgencia de tiempo, un exagerado sentido de involucramiento, multiplicidad de metas, hostilidad y competitividad en sus relaciones con los demás; son centrados en sí mismos, fácilmente irritables, impacientes, enérgicos y tensos. Los que no son así, son denominados "Tipo B". El instrumento generalmente utilizado para evaluar la presencia de uno u otro patrón (A o B) es el Cuestionario de la Actividad de Jenkins (Jenkins Activity Survey; Jenkins, Rosenman y Zyzanski, 1974). Con el tiempo, el "patrón Tipo A" se ha hecho muy popular, pero su significado es discutible. El "patrón" describe comportamientos típicos, pero no ha sido desarrollado a partir de una fundamentación en la teoría de la personalidad. Esta debilidad de origen limita el análisis acerca de cómo se forma en el desarrollo individual, cuál es su relación con las circunstancias del ambiente social y cómo puede ser modificado. No se sabe claramente si a lo que se refiere no es otra cosa que a un conjunto de respuestas que se corresponden con ciertas condiciones de la sociedad contemporánea, sobre todo en sus ambientes urbanos. Por otro lado, los resultados de las investigaciones han sido contradictorios, evidenciando que muchas personas con el patrón A no desarrollan la enfermedad cardiovascular, mientras que otros con el patrón B la desarrollan, así como que hay muchas personas que pueden considerarse tipos mixtos (Bloom, 1988). Algunos estudios que han incluido una valoración del sistema cardiovascular de los sujetos a través de angiografías no han encontrado una asociación significativa con las medidas del Tipo A (Dimsdale y cols., 1979; Scherwitz y cols., 1983, 1986). Por eso, tampoco este patrón puede ser asumido de manera simplista como factor psicológico de riesgo, siéndonos útil como orientación general para el estudio de los ambientes sociales y el tipo de comportamientos frecuentes que en los mismos se observan, y como una guía más (no rígida) para la interpretación de la interacción del individuo con el ambiente. La sobreutilización que se ha hecho en las investigaciones y en la práctica, de este concepto y de sus

indicadores, nos da la medida de la carencia presente de mejores recursos para la comprensión y evaluación de los factores psicológicos individuales de riesgo.

Las "creencias de salud":

Más que como un factor de riesgo específico, el concepto de "creencias de salud" se ha manejado de manera general para describir como las creencias de un individuo y el modo en que se estructuran, pueden orientar su comportamiento hacia un mayor o menor riesgo de enfermar. Ya desde la década de los años 50 fue elaborado el llamado "Modelo de Creencias de Salud" (en inglés "Health Belief Model", conocido también por la sigla HBM), que hipotetiza que el comportamiento depende principalmente de dos variables: 1) el valor dado por un individuo a un objetivo particular; y 2) la estimación que el individuo hace de la probabilidad de que una acción dada permita alcanzar el objetivo. Cuando estas variables fueron contextualizadas en relación con la conducta relacionada con la salud, las correspondencias fueron: 1) el deseo de evitar la enfermedad (o si se está enfermo, de ponerse bien); y 2) la creencia de que una acción de salud específica podría prevenir (o mejorar) la enfermedad (por ejemplo, la estimación del individuo de la amenaza de la enfermedad, y de la probabilidad de ser capaz, mediante la acción personal, de reducir esa amenaza). Las dimensiones establecidas en este modelo fueron: 1) susceptibilidad percibida: los individuos varían ampliamente en sus sentimientos de vulnerabilidad personal a una condición. Por lo que esta dimensión se refiere a la percepción subjetiva del individuo del riesgo de contraer una condición; 2) severidad percibida: los sentimientos relativos a la seriedad de contraer una enfermedad (o de que se cure una que no ha sido tratada) también varían de persona a persona. Esta dimensión incluye evaluaciones tanto de las consecuencias clínico-médicas (por ejemplo, muerte, incapacidad o dolor) y de las posibles consecuencias (por ejemplo, efectos de la enfermedad sobre el trabajo, la vida familiar, y las relaciones sociales); 3) beneficios

percibidos: mientras la aceptación de la susceptibilidad personal a una enfermedad también considerada como seria fue sostenida para producir una fuerza conducente a la conducta, la misma no define el curso particular de la acción que probablemente será emprendida; esta se hipotetiza como dependiente de las creencias hacia las varias acciones disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad. Así, de un individuo "suficientemente amenazado" podría no esperarse la aceptación de la acción de salud recomendada a menos que fuera percibida como factible y eficaz; 4) barreras percibidas: los aspectos potencialmente negativos de una acción de salud particular pueden actuar como impedimentos para llevar a cabo el comportamiento recomendado. Se piensa que ocurre una suerte de análisis de costo-beneficio en el cual el individuo sopesa la efectividad de la acción contra percepciones tales como que la acción puede ser cara en términos de dinero, peligrosa, displacentera, inconveniente, consumidora de tiempo, o todo esto junto. Además de estas cuatro dimensiones, también se considera que algunos estímulos son necesarios para disparar el proceso de toma de decisiones, los que pueden ser internos (por ejemplo, síntomas) o externos (por ejemplo, influencia de los medios masivos de comunicación, interacciones personales, o tarjetas recordatorias de los servicios de salud). También se asume que diversas variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales podrían, en una instancia dada, afectar la percepción del individuo, e influir indirectamente el comportamiento relacionado con la salud (Janz y Becker, 1984). De acuerdo a la revisión llevada a cabo por estos autores de 46 investigaciones realizadas hasta esa fecha, las dimensiones del modelo tenían validez como contribuyentes importantes para la explicación y predicción de las conductas de los individuos relacionadas con la salud. Sin embargo, lo consideran limitado para dar cuenta de la totalidad de la variación de comportamientos de ese tipo tal como pueden ser explicados por actitudes y creencias, siendo claro que otras fuerzas influyen en las acciones de salud, debido a que tienen un fuerte componente

habitual que dificulta el proceso de toma de decisiones, o porque se realizan por otras razones de influencia social, o porque hay razones económicas o ambientales que las sostienen. El modelo supone la premisa de que la salud es un valor altamente considerado y una meta de la mayor parte de las personas, "donde estas condiciones no estén satisfechas, no es probable que el modelo sea útil o relevante para explicar el comportamiento" (Janz y Becker, 1984).

El "aislamiento/apoyo social":

Este es otro de los conceptos muy utilizados desde una perspectiva social y también psicológica (por sus efectos sobre los individuos). Ya desde finales de la década de los años 70 se ha reiterado la noción de que las personas que viven aisladas o disponen de pocos o malos contactos sociales tienen más riesgo para enfermar o para el empeoramiento y mala evolución de sus enfermedades crónicas, destacándose la importancia del apoyo social, sobre la base de la idea de que los lazos de una persona con sus familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc., puede ser fuente de afecto, de recursos o ayudas prácticas y de información, de modo tal que esos lazos ejercen una función de amortiguamiento ante las tensiones naturales de la vida y de cierto modo protegen del impacto que esas tensiones pueden tener sobre la salud (Dean y Lin, 1980; Caplan, 1980). Cobb (1976) indicó que las personas tienen apoyo social cuando 1) son cuidadas y queridas; 2) son estimadas y evaluadas; y 3) pertenecen a una red de comunicación y obligación mutua. Este autor señaló que cuando hay un buen apoyo social, disminuyen las complicaciones de los embarazos, particularmente entre mujeres sometidas a situaciones de tensión, se favorece la recuperación de las enfermedades y hay una respuesta positiva a los tratamientos médicos y mejor manejo de las enfermedades asociadas con la vejez. Desde entonces se han realizado una variedad de estudios, sin embargo, se trata de apreciaciones globales sobre grupos de población, constatándose que aun persiste indefinición en la caracterización de qué tipos de

vínculos afectivos deben ser considerados como fuente de apoyo, y de cuál es la influencia que sobre esos vínculos tienen circunstancias sociales más generales, como por ejemplo, los valores morales de la sociedad en su conjunto (Díaz y Morales, 1990).

En la literatura hay también referencias acerca de otros conceptos que se han manejado en relación con el riesgo de enfermar desde una perspectiva psicológica o social, entre los que se encuentran: la disponibilidad de recursos personales para el "enfrentamiento" ("coping") de los eventos tensionantes; el "locus" de control interno o externo; la influencia del grupo social sobre las creencias y comportamiento individuales a través de expectativas de lo que debe o no ser hecho sobre las creencias y comportamientos individuales (Modelo de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein, 1980); y en relación con el "funcionamiento familiar".

La interpretación que sugieren las referencias presentadas nos conducen a expresar que el problema del riesgo de enfermar permite mostrar lo que ha sido una tendencia en el desarrollo de la psicología de la salud, que es la de la construcción fragmentaria de los conceptos que de rigor, es decir, de manera integrada, deberían facilitarnos el análisis de la realidad y la formulación de perspectivas para el trabajo práctico. Claramente, ahora disponemos de enfoques que no estaban presentes cuando la psicología en el sector de la salud se dedicaba preferentemente al trabajo clínico tradicional, y con esos conceptos, a pesar de sus limitaciones, ha sido posible realizar muchas de las acciones que ya constituyen modos de operar en la práctica. Ahora tendríamos que entrar en una nueva fase, que sería la de dar continuidad al análisis conceptual y dentro de este, precisar la vigencia o no de estos conceptos, perfeccionarlos o, en su defecto, sustituirlos.

Si se resumen los aportes presentados, tendríamos una sumatoria de elementos parciales, que nos indicaría de modo general que una persona está en más riesgo de enfermar cuando una o más de las siguientes circunstancias está

presente: 1) su "estilo de vida" incluye comportamientos habituales nocivos para la salud (beber alcohol, fumar, ser sedentario, etc.) y el ambiente social refuerza estos comportamientos o al menos no posibilita que se disminuyan o erradiquen; 2) en su ambiente inmediato se presenta un mayor número de acontecimientos significativos que la obligan a esfuerzos adaptativos; 3) dispone de menos recursos personales para interactuar con esos acontecimientos; 4) su patrón habitual de comportamiento se orienta preferentemente hacia el involucramiento en la persecución de metas diversas, a la hostilidad y a la competitividad; 5) la estructura de sus creencias de salud la hacen sentirse poco vulnerable a la amenaza de las enfermedades, a valorar poco la búsqueda y mantenimiento de la salud o a percibir barreras para la atención de su salud; 6) disponga de pocos recursos de apoyo social; y 7) esté insertada en un grupo social que comparte expectativas y valores de poco aprecio por el cuidado de la salud y la atención de las manifestaciones incipientes o en desarrollo de la enfermedad.

Empero, ninguno de estos elementos parciales, ni tomados en forma aislada ni adicionados simplemente, tiene sentido psicológico en el riesgo de enfermar, considerando que el análisis de las variables psicológicas supone un nivel de comprensión tanto de la propia historia de desarrollo del individuo como de los eventos del ambiente con los que entra en contacto. Dicho en otras palabras, cada sujeto individual establece una relación activa frente a los múltiples eventos del ambiente, y es justamente a partir de un análisis de las contingencias que se podría definir con mayor certeza el riesgo al que cada sujeto se halla expuesto; por otro lado, es imprescindible que se establezca, con la mayor claridad posible, el tipo y nivel de competencias de que se dispone, las cuales son el resultado de la historia de su propio desarrollo. Será necesario, tanto para el diseño y puesta en marcha de programas de promoción de salud como de prevención de problemas de salud específicos, tomar en cuenta los anteriores

elementos, propios de una teoría general de la conducta y de una teoría de la personalidad. Es por eso que se requiere continuar trabajando desde una perspectiva más general y sintetizadora en relación con este tema, como ya se ha expresado con anterioridad a lo largo del presente texto.

Ahora bien, el anterior constituye tan sólo el cumplimiento de uno de los pasos que son obligados en una tarea de tal magnitud. En efecto, es, además, necesario, en un plano metodológico, que se diseñen instrumentos confiables y válidos para identificar individuos y situaciones potenciales de riesgo de enfermar, tópico sobre el cual, en una forma articulada, se ha desarrollado escasamente el trabajo en el ámbito de la psicología de la salud.

4) ENFOQUES SOBRE PRIORIDADES DE TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Se han realizado esfuerzos de sentido amplio para hacer comprensible que la atención primaria es el nivel de atención en el cual la actividad de los psicólogos puede ser de la mayor utilidad. Se han presentado algunos enfoques que conservan cierto sesgo de la llamada "salud mental" tradicional. Por ejemplo, Diekstra (1991) propone cinco categorías de problemas que son susceptibles de intervenciones psicológicas en el nivel primario de atención:

- a) Problemas de ansiedad y estrés, los que incluyen: ansiedad generalizada, ataques de pánico, fobias, ideas obsesivas y rituales, y enfermedades inducidas o agravadas por el estrés (como por ejemplo, la migraña, el asma y la enfermedad cardiovascular);
- b) Trastornos de los hábitos, los que incluyen: varios comportamientos habituales que conducen al distrés personal; y problemas sociales y de salud, como por ejemplo, el hábito de fumar, la obesidad, la bulimia, el alcoholismo, la enuresis, la encopresis y la adicción a las drogas;
- c) Dificultades y decisiones educacionales u ocupacionales, las

que incluyen: decisiones en los puntos de transición a lo largo de la vida, como por ejemplo, la terminación de la escuela, el cambio de trabajo, la jubilación. Problemas que surgen en el contexto educacional-ocupacional, por ejemplo, problemas en los estudios, falta de confianza en las habilidades sociales;

d) Problemas interpersonales, sociales y maritales, los que incluyen: problemas que surgen en las relaciones con los demás, por ejemplo, timidez, falta de "asertividad", discordias conyugales, problemas psicosexuales, conducta agresiva y antisocial;

e) Ajuste psicológico a la enfermedad física y a otros acontecimientos significativos de la vida: aquí incluye el ajuste al trauma de la enfermedad y la hospitalización, el ajuste a las incapacidades crónicas, el nacimiento de los hijos, los accidentes, la enfermedad terminal y la muerte. Aunque es innegable que esos problemas que señala Diesktra son de mucho interés y pueden ser abordados desde la psicología, hay otros problemas que se quedan fuera.

Con independencia de las características de cada comunidad, y de la especificidad de sus realidades, hay un conjunto de temas que generalmente aparecen como prioritarios para la psicología en atención primaria, y ese carácter prioritario se debe a que son los temas vinculados con variables psicológicas que más afectan el estado de salud de las personas, los cuales, si reciben una correcta atención, pueden conducir a introducir mejorías importantes en el nivel de salud de la población.

Como veremos más adelante, cada uno de ellos se relaciona con aspectos biológicos, sociales y del comportamiento, y son estos últimos los que se destacarán más adelante, para de esa manera considerar qué asuntos nos pueden servir de pautas o guías para el trabajo de psicología en la atención primaria. En escrito anterior, he sugerido que el mejor eje que puede ser seguido para ese propósito es el del ciclo vital (Morales, 1995). En esa línea se presentará a continuación una esquematización de esos temas prioritarios, y su significado para

la psicología de la salud en la atención primaria:

I.- Salud reproductiva:

La salud reproductiva es la base del inicio del ciclo vital. La "calidad del producto" (como a veces dicen de un modo un tanto técnico los especialistas médicos que trabajan en esta área para referirse a la salud del recién nacido), depende en mucho de que el proceso reproductivo se desarrolle en las mejores condiciones posibles, condiciones estas que a su vez dependen tanto de circunstancias asociadas a las condiciones de vida, como a la calidad de los servicios de salud y a factores de comportamiento. Muy asociado a este proceso está el primer año de vida del niño, en el cual pueden aparecer muchos problemas que pueden comprometer su desarrollo futuro e incluso su vida. Debe recordarse que uno de los indicadores que con más interés se toman en cuenta para evaluar el estado de salud de una población es la tasa de mortalidad infantil. Esta es una expresión cuantitativa de la proporción de niños que mueren en el primer año de vida en relación con el número de niños nacidos vivos en un período de tiempo en un territorio determinado; la disminución de este indicador es generalmente uno de los propósitos prioritarios de los servicios de salud.

a) Problemas frecuentes en esta área susceptibles de ser abordados por la psicología:

- 1) prácticas sexuales que conducen a embarazos indeseados, o a la adquisición de enfermedades de transmisión sexual
- 2) nacimientos de hijos de madres adolescentes (maternidad precoz)
- 3) aborto inducido
- 4) comportamientos de riesgo para el buen desarrollo del embarazo, y las circunstancias del ambiente social que los propician
- 5) uso inadecuado de los recursos disponibles para la atención del embarazo

- 6) pobre preparación de la pareja y de los demás familiares para el acontecimiento del parto y para brindar cuidados físicos y emocionales al recién nacido
- 7) malas prácticas nutricionales del recién nacido (por ejemplo, destete precoz)
- 8) insuficiente desarrollo de los comportamientos paternos que propicien la satisfacción de las necesidades psicológicas del niño en el primer año de vida.

b) Ejemplos de acciones que pueden ser emprendidas:

- 1) trabajo con grupos de adolescentes para fomentar comportamientos preventivos de embarazos y enfermedades de transmisión sexual; identificación de los grupos de adolescentes de la comunidad con más riesgo para estos problemas y elaboración de programas específicos para el trabajo con ellos; uso de facilitadores (multiplicadores) surgidos de los propios adolescentes y de técnicas de trabajo con grupos; adiestramiento de maestros, médicos y enfermeras para su participación en estas intervenciones.
- 2) diseño de intervenciones para favorecer comportamientos que propicien la mejor evolución del embarazo de las mujeres de la comunidad, que pueden incluir: acciones a nivel de la pareja y la familia, recursos informativos y trabajo a nivel grupal, adiestramiento de médicos y enfermeras en recursos de comunicación y motivación, organización de acciones educativas y de profilaxis del parto, identificación de mujeres y parejas con dificultades y realización de trabajo, incluso de nivel clínico, con ellas.
- 3) diseño de acciones grupales e individuales para la transmisión de información acerca de las necesidades físicas y emocionales del niño en el primer año de vida, entrenamiento de médicos, enfermeras y trabajadoras sociales para su participación en estas acciones.
- 4) identificación de niños con dificultades en su desarrollo en el primer año de vida y establecimiento de programas individualizados de ayuda.

5) implemento de programas para estimular el comportamiento de lactancia materna, con el involucramiento de la comunidad, y de los miembros de equipo de trabajo del centro de atención primaria.

II.- Salud del niño:

Después del primer año de vida, son menos frecuentes la presentación de problemas de salud que conducen a la muerte de los niños, no obstante pueden presentarse algunos problemas que pueden tener ese desenlace, así como otros que pueden dañar o limitar el buen desarrollo de sus potencialidades. Generalmente, la salud del niño se analiza en dos períodos, el primero desde el cumplimiento del primer año de vida hasta los cuatro años, y posteriormente, de los cinco años en adelante hasta los nueve años, una división que sigue más bien criterios estadísticos que psicológicos. Los ámbitos preferentes en los que transcurre la vida del niño en estas etapas son el hogar y la escuela.

a) Problemas frecuentes en esta área susceptibles de ser abordados desde la psicología:

- 1) ambientes domésticos y sociales propiciadores de accidentes
- 2) inadecuados patrones de crianza infantil, insatisfacción de las necesidades emocionales y de juego
- 3) ambientes familiares disfuncionales
- 4) inadecuados comportamientos preventivos para las enfermedades comunes de la infancia, uso inadecuado de los recursos disponibles para la atención de la salud del niño
- 5) pobre preparación del niño para la entrada en la escuela
- 6) dificultades de aprendizaje y de adaptación a la escuela
- 7) comportamientos paternos que propician la formación de hábitos nutricionales incorrectos

b) Ejemplos de acciones que pueden ser emprendidas:

- 1) diseño y aplicación de programas a nivel individual y grupal

para el mejoramiento de los patrones de crianza infantil

2) identificación de familias disfuncionales e intervenciones de ayuda para sus problemas

3) identificación de ambientes familiares y comportamientos proclives a la producción de accidentes de los niños, intervenciones para modificar estas situaciones a nivel individual, familiar y grupal

4) observaciones de los ambientes escolares y proporcionamiento de sugerencias a los maestros; detección temprana de niños con dificultades de aprendizaje y de adaptación a la escuela; realización de estudios diagnósticos y acciones de atención a los problemas de estos niños.

5) identificación de las prácticas frecuentes de la población en relación con la prevención de las enfermedades comunes de la infancia, diseño de estrategias para la modificación de estas prácticas; adiestramiento y asesoramiento del equipo de trabajo del centro de atención primaria para su participación en esas acciones

6) organización de horarios de consulta que permitan el fácil acceso de los padres y maestros, y en los que pueda brindarse orientación, e incluso, terapéutica psicológica, a los problemas de los niños.

III.- Salud del adolescente

En el sector salud, generalmente se considera la adolescencia como el período que va de los 10 a los 19 años, al igual que ocurre en la etapa anterior, este criterio es más estadístico que psicológico. Frecuentemente esta larga etapa se separa en dos partes, la primera de los 10 a los 14 años y la segunda de los 15 a los 19. En los datos de algunos países y regiones, puede observarse un aumento de los índices de mortalidad en este grupo de edad, ocupando casi siempre el primer lugar los accidentes. Además de los problemas que aparecen descritos dentro del acápite de salud reproductiva, muchos de los cuales conciernen a los adolescentes, en este grupo de edad pueden encontrarse otros.

a) Problemas frecuentes en esta área susceptibles de ser abordados desde la psicología:

- 1) inicio de prácticas nocivas para la salud a largo plazo, como la conducta de fumar o la de ingerir bebidas alcohólicas (en algunos contextos incluye también el uso de drogas)
- 2) aumento del riesgo de accidentalidad al ampliarse el espacio en el que se desplazan, o por la práctica de deportes que implican asumir riesgos
- 3) dificultades de adaptación al medio familiar, la escuela y el ambiente social
- 4) aparición de problemas nuevos que pueden implicar toma de decisiones en asuntos tales como los estudios, la actividad laboral, o las relaciones de pareja.

b) Ejemplos de acciones que pueden ser emprendidas:

- 1) realización de estudios y observaciones dirigidas a identificar la frecuencia de comportamientos nocivos para la salud entre los adolescentes de la población con la que se trabaja, así como para caracterizar las circunstancias del ambiente que los favorecen; diseño de estrategias para abordarlos a nivel de la escuela y los grupos de la comunidad, identificación y adiestramiento de "facilitadores", realización de actividades grupales con técnicas y contenidos específicos apropiados para este grupo de edad;
- 2) asesoramiento y capacitación de maestros y miembros del equipo de atención primaria acerca de los problemas psicológicos de los adolescentes y las técnicas que pueden usarse
- 3) organización de servicios de consulta, orientación psicológica e incluso, terapéutica, de fácil acceso para los adolescentes (pueden utilizarse formas de acceso discretas, buzones, consultas anónimas, etc.).

IV.- Salud del adulto

La adultez es la etapa productiva de la vida, la que corresponde a la afirmación de un rol profesional, a la consolidación de una relación de pareja estable, y a la creación de una familia. Estos procesos generan una multiplicidad de acontecimientos con los que será necesario interactuar, pero al mismo tiempo, se producirán progresivamente cambios degenerativos en los diferentes sistemas orgánicos que afectarán su funcionamiento y que obligarán a esfuerzos adaptativos. Se presentarán enfermedades crónicas que requerirán atención y rutinas de autocuidado. Por ejemplo, en un trabajo realizado en Cuba sobre la población adulta, el 30% tenía obesidad y sobrepeso, el 15%, hipertensión arterial, el 8% asma bronquial, entre el 5 y el 10%, cardiopatía isquémica y el 3% diabetes (Díaz y Fernández, 1990). En otro estudio se apreció que el 10.5% de las personas estudiadas había experimentado algún acontecimiento definido como significativo para su vida en el curso de los últimos 6 meses, particularmente en el ámbito de su vida familiar (55% de los acontecimientos), de su estado de salud (20%), o del trabajo y los estudios (10%), (Díaz y Morales, 1990).

Las demandas del ambiente, las condiciones materiales de existencia, los recursos de asistencia disponibles, y los comportamientos que se despliegan, tendrán una influencia muy marcada en el mantenimiento del estado de salud y en la evolución de los padecimientos. Generalmente se ha considerado que la adultez se extiende hasta la edad de la jubilación, que en la mayoría de los países está alrededor de los 60 años. Además de los problemas descritos en el área de salud reproductiva, pueden presentarse otros.

a) Problemas frecuentes en esta etapa:

1) reacciones de adaptación a los cambios y situaciones comunes de la vida (inicio de la vida laboral, demandas laborales, cambios de trabajo, asunción de liderazgos laborales y sociales, participación política, disponibilidad de recursos

económicos, adquisición de vivienda y bienes, matrimonio, relaciones conyugales, divorcio, nacimiento de los hijos, liderazgo familiar y educación de los hijos, interacción social)
2) mantenimiento de "estilos de vida" poco saludables (asumir riesgos, fumar, ingerir bebidas alcohólicas, malas prácticas nutricionales, sedentarismo)
3) enfermedades agudas y crónicas
4) accidentes y sus secuelas
5) dificultades en el funcionamiento familiar y en la relación de pareja
6) uso inadecuado de los servicios de salud disponibles
7) uso inadecuado del tiempo libre
9) aislamiento social.

b) Ejemplos de acciones que pueden ser emprendidas:

1) realización de observaciones y estudios dirigidos a conocer los comportamientos nocivos para la salud frecuentes en los adultos de la comunidad, así como para identificar las circunstancias que los favorecen; diseño de estrategias para abordarlos con intervenciones a nivel de los individuos, las familias y la comunidad
2) organización de formas de trabajo, preferentemente coordinadas con los demás miembros del equipo de salud, para la disminución de los riesgos de accidentes, especialmente viales y laborales (modificaciones en el ambiente, desarrollo de competencias, etc.)
3) realización de trabajo con grupos de la comunidad en relación con los "estilos de vida" nocivos para la salud (suministro de información, estrategias de modificación de los comportamientos), selección y adiestramiento de "facilitadores"
4) pesquiasaje de los individuos con dificultades en el afrontamiento de situaciones de tensión y de disponibilidad de apoyo social, y organización de formas de atención para los mismos
5) realización de intervenciones de asesoramiento, e incluso

terapéuticas, dirigidas a las familias disfuncionales

6) organización de consultas y otras formas de atención psicológica de fácil acceso a personas que busquen ayuda para el control de comportamientos nocivos (por ejemplo, el de fumar), para el manejo de situaciones de tensión, e incluso, para problemas específicos, como manifestaciones de dolor crónico

7) integración de recursos psicológicos en la atención de los enfermos crónicos (hipertensos, diabéticos, etc.), a través de las consultas y otras formas de atención brindadas por el centro de atención primaria para estas personas

8) asesoramiento y capacitación de los demás miembros del equipo de atención primaria en relación con los aspectos psicológicos de los problemas de salud de los adultos.

V.- Salud de los adultos mayores (tercera edad)

El aumento que se ha venido produciendo en la expectativa de vida, hace que en se produzcan cambios en la estructura de la población. Cada vez, en muchos países, hay más personas que rebasan los 60 años, por lo que es explicable que este grupo de edad se distinga del resto de los adultos, tanto en el análisis de sus problemas como en el diseño de políticas y servicios de salud para las mismas. El problema ya no es sólo lograr que las personas vivan más años, sino darle la mejor "calidad de vida" a esos años. En esa etapa de la vida, las enfermedades crónicas pueden ser más frecuentes, imponer más limitaciones y requerir más cuidados. También las personas se enfrentan a acontecimientos de mucha importancia, como la jubilación, el desmembramiento de la familia que crearon (por la salida de los hijos adultos del hogar o la muerte del cónyuge), e incluso, a la progresiva disminución de sus fuentes de apoyo social (por la muerte o invalidez de los amigos y contemporáneos). En ciertos ambientes sociales, los miembros más jóvenes de la familia, entre ellos las mujeres, pasan mucho tiempo fuera de la casa en sus centros de trabajo y estudio y en sus actividades recreativas, quedando el adulto mayor sin compañía por largas horas. Otros son los únicos habitantes de

su hogar.

a) Problemas frecuentes en esta etapa:

- 1) reacciones de adaptación a los cambios y situaciones frecuentes en esta etapa: jubilación, reducción de los recursos económicos, viudez, disminución del liderazgo en el seno de la familia, muerte o alejamiento de amigos, aceptar la convivencia con personas nuevas (por ejemplo, nueras o yernos)
- 2) aumento de las limitaciones impuestas por las enfermedades crónicas, adaptación de rutinas personales a las exigencias de los tratamientos de esas enfermedades, disminución de la capacidad de desplazamiento independiente, déficits sensoriales
- 3) disminución de las oportunidades de uso placentero del tiempo libre y dificultades de adaptación a los cambios del ambiente social que obstaculizan esas distracciones (cambios en los sistemas de transporte urbano, megacentros de espectáculos, televisión con programaciones dirigidas a los más jóvenes, etc.)
- 4) uso inadecuado de los servicios de salud disponibles
- 5) aislamiento social y disminución de la autoestima; estados depresivos

b) Ejemplos de acciones que pueden ser emprendidas:

- 1) realización de observaciones y estudios dirigidos a conocer los comportamientos nocivos para la salud más frecuentes entre los adultos mayores, así como las circunstancias del ambiente familiar y social que favorecen esos comportamientos o que incrementan las posibilidades de dificultar la adaptación a los cambios y situaciones de la vida típicos de la etapa; diseño de intervenciones apropiadas para estos problemas
- 2) pesquisaje de los individuos con mayores dificultades y con comportamientos que afectan la evolución de sus enfermedades crónicas o pueden constituir riesgo para las que aún no han debutado, y ofrecimiento de acciones de ayuda psicológica,

incluso de nivel terapéutico, apropiadas, incorporación de acciones psicológicas en los servicios de tratamiento médico que se brindan a estas personas

3) intervenciones a nivel de las familias cuyas dificultades de funcionamiento afecten los comportamientos de salud de sus adultos mayores

4) fomentar programas dirigidos a la formación y fortalecimiento de redes de apoyo social, que incluyan, además, acciones dirigidas a mejorar la eficiencia física y la evolución de las enfermedades

5) ofrecimiento de servicios de atención psicológica de fácil acceso para estas personas (consultas, grupos terapéuticos, servicios por línea telefónica, etc.)

6) asesoramiento y capacitación de los demás miembros del equipo de trabajo de atención primaria, en relación con los problemas psicológicos de este grupo de edad.

Un caso paradigmático muy concreto e ilustrativo sobre el modo de abordar un problema de salud en la atención primaria incorporando las variables psicológicas, el trabajo en equipo y la investigación operativa, es el del proyecto denominado "Círculos de Abuelos" en Cuba. El grupo que realizó el estudio inicial en una comunidad urbana de La Habana, constituía el equipo de trabajo de un centro de atención primaria, e incluía a epidemiólogos, psicólogos, médicos internistas, especialistas en medicina deportiva y médicos de familias. Ellos contaban con los datos demográficos que mostraban la tendencia de aquella población a envejecer. Tenían otros datos que mostraban que estaba aumentando el número de mujeres incorporadas al trabajo. Ellos también conocían, por sus experiencias directas con la comunidad que había muchos adultos mayores que vivían solos o que permanecían solos durante muchas horas del día, y diseñaron un estudio, elaboraron un cuestionario y recogieron información que confirmaba el aislamiento social en que se encontraban esas personas. Entonces diseñaron una estrategia de intervención basada en la agrupación de los adultos mayores, invitándolos a

constituir un "círculo" con su propia estructura y liderazgo, estimulándolos y facilitándoles la organización de actividades para que se comunicaran, realizaran ejercicios físicos adecuados para su edad con asesoría de instructores profesionales, y tuvieran actividades recreativas. Luego capacitaron a los médicos de familia y a las enfermeras para este tipo de trabajo, y así surgió un modelo que se ha extendido a todo el país, y se ha encontrado que los adultos mayores que participan en estos "círculos" y han superado el aislamiento social, tienen mejores niveles de salud, tienen mejor controlados sus padecimientos crónicos, consumen menos medicamentos y van menos veces a los hospitales por episodios agudos que antes de integrarse a esta actividad o que los no participan en los mismos. Los "círculos" han tenido un impacto positivo en el estado de salud de este grupo de población. Una información más detallada sobre esta experiencia puede encontrarse en el trabajo de Ordóñez y cols. (1987).

Al asumir como línea de pensamiento la que sigue el ciclo vital, ha sido posible presentar muchos problemas que se consideran frecuentes (no quiere decir que sean los únicos ni que sean universales), y algunos ejemplos de las acciones que pueden ser emprendidas. Aunque en los ejemplos mencionados se señalan algunos que se refieren a la participación de miembros de la comunidad en las acciones, el tema de la participación popular en salud, de suma importancia en atención primaria, no ha ocupado un acápito particular. En este sentido es necesario complementar la exposición anterior indicando que corresponde a la psicología en ese nivel de servicios contribuir a promover ese tipo de participación, a través de diferentes vías, tales como la obtención de información acerca de la evaluación que los miembros de la comunidad hacen de cuáles son sus principales problemas de salud y sobre sus expectativas acerca de lo que pueden hacer de manera conjunta con el centro de salud de atención primaria para resolverlos; la identificación de líderes naturales de la comunidad y su motivación y capacitación y la asesoría y capacitación de los miembros del equipo de salud

para el trabajo con ellos y con la comunidad en general.

De acuerdo a los objetivos de carácter introductorio de este texto, el inventario de ejemplos de acciones que se han brindado están en el nivel del "qué", es decir, informan acerca de lo que puede hacerse, pero no hay referencias amplias acerca del "cómo" llevarlas a cabo. Este es uno de los grandes problemas de la psicología de la salud, ya que el acervo de experiencias en este sentido no está suficientemente recuperado, y mucho menos analizado y evaluado. Los psicólogos de la atención primaria, generalmente formados en la tradición clínica, han tenido que realizar muchos esfuerzos creativos en aquellos lugares en los que han desempeñado su trabajo. No obstante, la información fragmentaria de la que ya se dispone, requeriría un espacio de exposición que rebasa los límites trazados para este texto, por lo que esos elementos serán objeto de atención en otro texto, ya en preparación, sobre procedimientos para el trabajo de psicología en atención primaria de salud.

5) EXPERIENCIA DE LA PSICOLOGIA EN LA ATENCION PRIMARIA: EL CASO DE CUBA

En Cuba, como ya se apuntó antes, la integración de la psicología a los servicios de atención primaria de la salud, orientados hacia propósitos de promoción y prevención, comenzó a llevarse a cabo sistemáticamente desde 1969, algunos años antes del surgimiento del marcado interés por la promoción de salud y los temas de comportamiento aparecido en algunos países desarrollados a mediados de la década de los años 70. En un primer momento, el trabajo se llevaba a cabo en el marco de un modelo de organización para los centros de atención primaria denominado de "policlínicos integrales", los objetivos de trabajo fueron establecidos en un plan nacional elaborado por los psicólogos, cuyas prioridades partieron de un análisis de los problemas de salud frecuentes en el país en aquellos años, y según el cual, los psicólogos se integraron al

trabajo en esos centros (cuya responsabilidad era la atención integral de la salud de una población de aproximadamente 30 000 habitantes) en los programas que ya estaban en funcionamiento, en cada uno de los cuales se incluyeron los objetivos psicológicos. Esos programas básicos fueron: Atención Integral a la Mujer, Atención Integral al Niño, Medicina del Trabajo, y Medicina del Escolar, inicialmente, y más tarde en los de Reducción de la Mortalidad Infantil, Optimización del Trato a Pacientes y Familiares y Atención Integral al Niño. Aun cuando han transcurrido 27 años, los objetivos de trabajo planteados entonces pueden ser referencia de un modelo de "integración básica" de la psicología a la atención primaria. De particular interés es que en este proyecto se evidencio una ruptura con los presupuestos de la psicología clínica tradicional dominantes en la época (Díaz, 1987; Edreira y Casal, 1987; Morales, 1995). Más tarde, en 1974, aquel modelo de atención primaria evolucionó hacia otro, el de Medicina en la Comunidad, que colocaba un mayor énfasis en la participación popular, la atención a los grupos de riesgo y la integración de la enseñanza de los médicos y las enfermeras en ese nivel de atención, y dentro de esta enseñanza, los contenidos de psicología y otras disciplinas sociales. También se reconocía en ese modelo la importancia de realizar investigaciones sobre problemas psicológicos y sociales en la atención primaria (Morales y Ruiz, 1981; Casal, 1987; Ruiz, 1987; Morales, 1995). Diez años después, la atención primaria en Cuba avanzó mucho más hacia su integración a la comunidad, a la promoción de salud y a la prevención de las enfermedades, con la puesta en práctica del Plan del Médico de Familia, en el cual, sobre la base de un programa de trabajo muy definido tanto en el aspecto asistencial como de calificación de los recursos humanos, el equipo de trabajo de especialistas en Medicina General Integral y enfermeras, se desplaza a trabajar y vivir junto a la población a la que atienden, generalmente unos 600-700 habitantes. También en este proyecto, el psicólogo del centro de atención primaria mantiene una participación muy activa, como profesor,

asesor e interconsultante de los miembros de ese pequeño equipo de trabajo, junto a los que evalúa los problemas de salud de las personas y los problemas del ambiente, y junto con los que diseña y evalúa intervenciones (Infante y cols., 1987; Morales, 1995). Realmente, no se dispone de un análisis detallado acerca del impacto que en la modificación del estado de salud de la población cubana ha tenido esta consistente e intensa vinculación de la psicología a la atención primaria, ni tampoco se ha realizado un trabajo dirigido a extraer conclusiones amplias de la gran cantidad de datos acumulados en investigaciones realizadas, acerca de variables psicológicas y sociales, como tampoco se ha realizado una revisión precisa de la validez de los procedimientos, en muchos casos innovadores, que han utilizado. Esta es una labor que debe ser acometida como una necesidad para el desarrollo futuro. Sin embargo, hay por lo menos ocho rasgos de esta experiencia que pueden ser identificados: 1) coherencia entre los intereses definidos por el sector salud para la atención primaria y los intereses y perspectivas de la psicología; 2) centralización normativa del trabajo de los psicólogos en correspondencia con las directrices normativas de la atención primaria; 3) descentralización de la ejecución de las tareas adscriptas a los programas de los centros de atención primaria (no a una directriz vertical particular de la psicología); 4) tendencia al cambio innovador en la misma medida en que cambiaron los modelos de atención primaria; 5) apoyo decidido de las autoridades del sector salud (lo que se traduce en diversas expresiones, por ejemplo: legitimación de la actuación profesional, respeto por los estilos de procedimiento propios de los psicólogos en el tratamiento de los problemas, acceso al desempeño de roles no tradicionales -como el del psicólogo profesor de los médicos-, creación de cargos -plazas de trabajo- siempre y dónde fuera necesario); 6) flexibilidad y creatividad por encima de rigidez teórica o práctica; 7) integración de la psicología en el trabajo de equipo; y 8) combinación de la práctica asistencial con la docencia y la investigación.

En la experiencia cubana, uno de los problemas o dificultades que se han observado es que la atención primaria le plantea al psicólogo la necesidad de acometer una gran diversidad de tareas, lo que pone sobre el tapete la discusión acerca de la especialización y el entrenamiento que se requiere tener para participar en las mismas, así como sobre el problema del uso y distribución del fondo de tiempo. El psicólogo de atención primaria debe tener formación en salud pública y conocimientos básicos de epidemiología y estadísticas de salud, de manera que pueda participar en el diagnóstico de salud de la comunidad, y en la elaboración y evaluación de programas de intervención. Asimismo, debe contar con formación en psicología social y elementos de sociología que le facilite la interpretación de la realidad de la comunidad para la que trabaja y el uso de procedimientos de investigación social, de comunicación y de manejo de grupos. Por otra parte, necesita disponer de conocimiento actualizado acerca de los problemas de salud más frecuentes en la comunidad, específicamente en cuanto a los aspectos psicológicos de los mismos y las propuestas para su manejo que aparecen en la literatura como producto de la actividad de los investigadores, muy en particular sobre comportamientos de riesgo, salud reproductiva, desarrollo infantil, enfermedades crónicas, y salud de los adultos mayores. Desde el punto de vista clínico, requiere conocimientos sobre técnicas de diagnóstico, orientación, consejería, elementos básicos de psicoterapia individual y familiar. Una formación de este tipo no se adquiere generalmente a nivel de la licenciatura, sobre todo porque en las carreras de psicología no existe la tendencia a enseñar contenidos de salud pública, hasta la fecha no se ha prestado la suficiente atención a los problemas de salud diferentes a los de la llamada "salud mental", y cuando se hace, por ejemplo, cuando se tratan temas como hipertensión, enfermedad cardiovascular o cáncer, se tiende a hablar fundamentalmente sobre las manifestaciones psicológicas que acompañan a la enfermedad ya establecida más que a la prevención y los factores de riesgo. Tampoco es frecuente que

los estudiantes de las carreras de psicología realicen prácticas en centros de atención primaria. Es muy importante que en las revisiones de los planes de estudio de nivel de licenciatura se tomen en cuenta estos hechos, y también que se trabaje en función de diseñar programas de postgrado de especialización en psicología para el desempeño en la atención primaria.

Otra perspectiva puede ser la de crear cierta división en las dedicaciones de los psicólogos que participan en la actividad de los centros de atención primaria. Esto puede estar en dependencia del número de ellos que trabajen en un mismo centro. Si se da el caso de que son más de uno, pueden orientar el énfasis de sus acciones a aspectos particulares, sobre la base de las prioridades, de su experiencia y de sus intereses.

En Cuba, una buena parte de los centros de atención primaria (los policlínicos), tienen dos o tres psicólogos. Ellos tienen que realizar muchas tareas; en el estado en que se encuentra el "Plan del Médico de la Familia" se requiere dedicar una buena parte del tiempo a realizar actividades docentes para la formación en psicología, de acuerdo al programa establecido, de los médicos residentes de Medicina General Integral. En la medida en que estos vayan alcanzando su grado disminuirá la demanda de fondo de tiempo comprometido en la docencia directa. Cuando en 1985 se estableció el "Plan de Actividades de Psicología para el Policlínico con Médicos de Familia", un documento de nivel nacional orientador de las tareas a realizar, se indicó que la distribución del fondo de tiempo de los psicólogos en esas instituciones se hiciera del siguiente modo: sobre la base de un total de 11 sesiones de cuatro horas de trabajo a la semana, dos se dedicarían a tareas de promoción de cambios de estilo de vida; tres a atención de problemas del área materno-infantil, familias y parejas; dos a la atención de enfermos crónicos; una a la atención de las escuelas del área; y dos a otras tareas como las docentes y la atención de centros de trabajo. En la realidad, esta indicación ha tenido muchas variaciones, de acuerdo a las características concretas de cada institución y a las acciones de salud que han debido priorizarse

en las mismas (Morales, 1987; Morales, 1995).

En México, las experiencias de trabajo de psicología en servicios de atención primaria no han tenido, hasta el momento, un carácter sistemático o generalizado, sino más bien se ha tratado de proyectos con un alcance definido tanto en cuanto a la población a la que se han dirigido o a los problemas que se han priorizado, como por ejemplo, el proyecto que se lleva a cabo en la actualidad en el Estado de Veracruz denominado NUREDES (Durán, 1995, comunicación personal), o el que se ha llevado a cabo en el Estado de Sonora, en relación con los comportamientos nutricionales y el desarrollo físico y psicológico en zonas rurales del Estado de Sonora (Vera y cols. 1992).

Lecturas indicadas: Martínez (1994); Morales (1995); Infante (1987); Coreil, Levien y Jaco (1985)

CAPITULO VI: LA PSICOLOGÍA EN LOS HOSPITALES Y CENTROS DE REHABILITACIÓN

1) ANTECEDENTES Y DEFINICIONES BÁSICAS

De acuerdo a los usos más frecuentes de los términos de atención secundaria y terciaria, esta se relaciona con la atención del período patogénico de la enfermedad y de las secuelas de la enfermedad. En la práctica, se observa una confusión entre "niveles de prevención" de las enfermedades y "niveles de servicios". Para evitar este problema, se aclara que a lo que se referirá este capítulo es fundamentalmente a la integración de la psicología en las instituciones de salud que se dedican a la atención de personas con manifestaciones definidas de enfermedad que pueden requerir internamiento (que son los hospitales) o que mantienen secuelas, como los centros especialmente dedicados a la rehabilitación de esas secuelas.

Hoy en día muchos de esos problemas del período patogénico y de las secuelas se resuelven en instituciones ambulatorias de la comunidad, pero otros muchos requieren de un conjunto de acciones concentradas en el tiempo, con un nivel de intervención profesional adecuado a la naturaleza del problema y con un conjunto de recursos para facilitar tanto el diagnóstico como el tratamiento del proceso patológico, incluso en condiciones de encamamiento. Por lo tanto, para esos problemas, la práctica confirma a la institución más antigua de todas las que existen en los servicios de salud, que es el hospital, institución que al parecer existe desde la etapa de las sociedades esclavistas y de la edad media, cuando se producen las primeras grandes concentraciones de personas en las ciudades. Se trata de una institución compleja por la naturaleza de los problemas que atiende, y se ha definido de varias maneras. Hay una definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que es de 1946 y que se menciona por unos autores españoles (Salleras y Asenjo, 1990), que expresa que el hospital "es parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médica-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. El hospital es también un centro de formación de personal sanitario y de investigación". Otra definición de la OMS, en 1968, que es citada por Ramos y Aldereguía (1990), expresa que "son instituciones donde permanecen enfermos para recibir asistencia médica y de enfermería, y que pueden tener otras funciones, tales como métodos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación a ingresados y en forma ambulatoria, incluso domiciliaria. Puede también participar en planes de educación del personal de salud y en la investigación médica y social".

Los psicólogos han estado presentes en los hospitales desde hace más de 50 años, pero durante la mayor parte de ese tiempo su actividad estuvo vinculada casi exclusivamente a los servicios de psiquiatría, como ya hemos visto antes cuando fue analizado el tema de la psicología clínica. Durante el tiempo de

florecimiento de la medicina psicosomática se produjo un primer desplazamiento hacia los demás servicios de los hospitales, especialmente a aquellos en los que se atendían los padecimientos que recibieron atención privilegiada de esa tendencia: medicina interna, gastroenterología, dermatología y ginecología. Pero ese desplazamiento estaba muy unido al trabajo conjunto con los psiquiatras, porque dichos padecimientos no dejaban de ser interpretados como trastornos mentales. En la mayor parte de los hospitales se consideraba a los psicólogos como parte del servicio de psiquiatría, con el encargo dentro del mismo de hacer las pruebas de diagnóstico psicológico y quizás, de colaborar en la psicoterapia de grupos. A partir de la década de los años 70 la psicología ha ensanchado su actividad en los hospitales sobre la base de los siguientes hechos: 1) el aumento del reconocimiento del papel de las variables psicológicas en la evolución de las personas que tienen padecimientos crónicos degenerativos, las que por otro lado cada vez están más presentes en los hospitales. El tema de la adherencia a los tratamientos ha sido uno de los más influyentes en este sentido (téngase en cuenta a los hipertensos, los cardiopatas o las personas con insuficiencia renal crónica o cáncer, por ejemplo); 2) el desarrollo, concomitantemente, de los recursos tecnológicos de la psicología para intervenir en una mayor diversidad de problemas de salud; 3) el aumento del interés por la calidad de los servicios, la satisfacción de los pacientes y familiares, y por la adecuación de los ambientes hospitalarios a las necesidades de los usuarios; 4) el surgimiento de los servicios de cuidados intensivos, los que han incorporado a la dinámica de los hospitales nuevas formas de atención de los enfermos graves y de relaciones y comunicación con los familiares, tecnología sofisticada, y ritmos de trabajo muy peculiares para el personal de los mismos; 5) el surgimiento de la transplantología, que obliga a una rigurosa preparación de los pacientes para la recepción de nuevos órganos, incluida la preparación psicológica, así como a un delicado trabajo de comunicación con los familiares de los donantes; 6) el aumento

del interés por recursos no farmacológicos o físicos para el tratamiento del dolor; 6) la introducción de algunas tecnologías de avanzada, que a la par que crean nuevas opciones para el tratamiento de ciertas condiciones, generan problemas éticos y psicológicos nuevos (por ejemplo, la fertilización "in vitro", el asesoramiento genético, o el mantenimiento por medios tecnológicos de la vida de pacientes con muerte cerebral); 7) aparejado a todo lo anterior, se ha mostrado un mayor interés por el trabajo en equipo; y por parte de los profesionales de la salud (médicos y enfermeras sobre todo) por obtener y aplicar conocimientos psicológicos; 8) un mayor interés de los propios psicólogos por actuar en un ámbito más amplio y de manera más independiente; 9) paralelamente, ha aumentado el reconocimiento que los dirigentes de los hospitales y los jefes de servicios hacen de la actividad profesional de los psicólogos.

No obstante, se ha señalado con anterioridad (Morales, 1995) que el proceso de integración de los psicólogos a los hospitales está muy condicionado por las características generales de la institución. Cuando esta es parte de un sistema de servicios de salud en el que comparte con otras instituciones (como los centros de atención primaria) una orientación hacia el uso racional de los recursos, la evitación del tecnologismo, y a la satisfacción completa de las necesidades de los pacientes y sus familiares sin dependencia del mercantilismo, las oportunidades de la psicología serán mayores. También se ha señalado la importancia de que se logre realmente una integración de trabajo en equipo, ya que en algunos casos se ha observado una tendencia a realizar un trabajo paralelo, que recuerda al dualismo cartesiano: mientras los médicos se dedican a cuidar del cuerpo, a los psicólogos se les da la tarea de hacerlo con el "alma": de manera aislada deben ocuparse de las necesidades emocionales de los pacientes, del control de su comportamiento adaptativo a la enfermedad y a la institución, y de comunicar a los pacientes y a los familiares las malas noticias y atender sus quejas. Lo peor es que algunos psicólogos se sienten muy realizados cultivando esta forma paralela de trabajo.

El componente psicológico en las enfermedades:

Para entender adecuadamente la importancia del papel de la psicología en el marco de los servicios de los hospitales es necesario hacer una breve referencia a lo que puede ser denominado "el componente psicológico de las enfermedades", aclarando que quizás la expresión "componente" no sea precisamente la más adecuada, a la larga una enfermedad no es una suma de diferentes componentes sino que es una situación compleja, pero personalmente me parece la expresión más aproximada. Ya vimos, cuando analizamos los conceptos básicos sobre salud y enfermedad, que una enfermedad supone no solamente un daño o una disfunción, sino un estado que pueda ser reconocido por la propia persona, sus familiares o por el médico. Por lo tanto, el daño o la disfunción debe ser percibido por el sujeto o por lo menos, este debe reconocerlo cuando le es indicado por sus familiares o por el médico. Por otra parte, una vez reconocido, la adopción de lo que los sociólogos han designado "el rol de enfermo" está influida por procesos de carácter cultural que se dan en los diferentes ambientes sociales y que resumen representaciones acerca del significado de ese rol y de lo que es esperable que se haga o no se haga. Entonces, puede haber muchas variaciones de la correspondencia entre las disfunciones y los comportamientos que se despliegan. Poner en práctica medidas, ya sea de autocuidado o de búsqueda de atención especializada, será una consecuencia de los factores apuntados. También tendrá una influencia en esto la accesibilidad de los recursos de ayuda y la limitación objetiva que la enfermedad está imponiendo a la realización de las funciones habituales. Ciertos daños y disfunciones imponen limitaciones muy evidentes, y si esos daños y disfunciones se acompañan de dolor la búsqueda de ayuda tendrá seguramente una motivación adicional.

En la época del auge de la medicina psicosomática, sobre la cual ya hemos hecho comentarios, se llegó a pensar que algunas enfermedades eran psicosomáticas y otras no.

También se establecieron supuestas manifestaciones psicológicas que estaban en la causa de esas enfermedades, así como rasgos psicológicos típicos de esas enfermedades. Ambos criterios están superados en la actualidad. En la causalidad todas las enfermedades en general hay, en mayor o menor grado, elementos de carácter psicológico. En todas las enfermedades están presentes estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de la condición patológica, las limitaciones que lleva aparejada, las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el pronóstico y el impacto para la vida futura. Cada paciente presentará entonces su propia "respuesta a la enfermedad" en la que se ponen de manifiesto no sólo las características regulares de la misma como hecho biológico, sino también, y sobre todo, las del sujeto como persona actuando en una situación específica.

2) EL SERVICIO DE PSICOLOGÍA EN LOS HOSPITALES

Una de las bases de la incorporación de la psicología a un trabajo amplio en los hospitales debe ser la creación de servicios de psicología, desde los cuales, sin estar subordinados a ningún otro servicio (por ejemplo, los de una determinada especialidad médica), se puedan determinar los objetivos que deben ser perseguidos, decidir las prioridades para el uso del fondo de tiempo de los psicólogos en la institución, precisar los procedimientos y las técnicas de trabajo que se van utilizar, establecer las líneas de trabajo investigativo, mantener un sistema de intercambio permanente de experiencias, y supervisar los resultados de la labor que realizan los psicólogos que son miembros de ese servicio. Estos servicios deben tener un jefe que sea psicólogo, quien debe tener la capacidad de liderazgo para representar a la psicología dentro de la institución, coordinar las tareas con las autoridades de la institución, y asesorar y orientar a los psicólogos miembros de los mismos. Los psicólogos, por supuesto, deben estar integrados al trabajo directo en los servicios médicos de las diferentes especialidades

del hospital, y dentro de esos equipos, sobre la base de los objetivos definidos previamente por el servicio en cuestión y el de psicología, realizar sus actividades, pero lo que no debe ocurrir es que los psicólogos que trabajan en un hospital se mantengan aislados, respondiendo cada uno solamente a los intereses particulares de la especialidad con la que se vinculan. Con independencia de lo que hacen allí, deben tener también responsabilidades comunes dentro del servicio de psicología. Este es un problema práctico, pero fundamental para el buen desarrollo de la psicología en un hospital.

Un requerimiento es que se precisa cada vez más de una cierta especialización. El psicólogo que desee colaborar eficientemente en un determinado servicio de una especialidad médica, está obligado a conocer, de manera general, las características de los problemas de salud que allí se atienden, de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se utilizan con más frecuencia, de los aspectos epidemiológicos de las enfermedades en cuestión, los riesgos de todo tipo (y muy especialmente los psicológicos y sociales) que se vinculan a su aparición, las creencias populares acerca de las mismas, los modos en que se produce la atención extrahospitalaria de esas condiciones de salud, entre otras muchas cosas. Se sobreentiende, además, que ese psicólogo debe estar muy bien actualizado acerca de los resultados de las investigaciones psicológicas en ese campo, y de las tendencias y puntos de discusión existentes. Por lo que es evidente que dentro de los psicólogos de un servicio de psicología de un hospital, especialmente de aquellos que son de perfil múltiple (porque incluyen muchas especialidades médicas) debe haber una suerte de distribución del trabajo que tenga cierta consistencia y reconocimiento de las afinidades (puede ser que un mismo psicólogo se integre al trabajo de más de un servicio médico, pero entre los problemas que se atienden en ellos debe haber ciertas similitudes). Desafortunadamente, aun estamos en la etapa en la que esa especialización debe ser obtenida por los psicólogos de manera poco sistemática, sobre la base de su

propio esfuerzo y progresivamente, ya que es imposible que los programas de especialización o de maestría en psicología de la salud puedan brindar toda la preparación necesaria para cada una de la diversidad de situaciones que plantean los diferentes servicios médicos hospitalarios de la actualidad.

Otro aspecto muy importante a tomar en cuenta es que volcarse hacia el hospital en toda su diversidad no debe significar que los psicólogos se desentiendan de aquellos servicios con los que tradicionalmente estuvieron más vinculados, como el de psiquiatría o el de neurología. Por el contrario, las actividades que se realizan en estos pueden adquirir ahora un nuevo sentido, y deben ser cada vez, de más calidad.

Los objetivos de la psicología en los hospitales deben ser agrupados en cuatro direcciones principales, en íntima vinculación: 1) la asistencia directa a los enfermos y sus familiares; 2) la docencia, mediante la enseñanza regular de contenidos de psicología a estudiantes de medicina y de enfermería, de profesiones de nivel medio de la salud, de residentes de especialidades médicas y de alumnos de pregrado y postgrado de psicología, de acuerdo a los programas establecidos, así como mediante la participación en cursos y entrenamientos sobre problemas específicos (relaciones con los pacientes, técnicas de comunicación de información, relajación, etc.). La enseñanza de contenidos de psicología también debe alcanzar al personal paramédico, auxiliar, de servicios de información, etc., de acuerdo a requerimientos de problemas identificados; 3) la investigación, que debe estar orientada al esclarecimiento de aspectos psicológicos tanto de los problemas de salud que se presentan con más frecuencia, como de la atención de los mismos; 4) la acción institucional, que comprende los problemas de la satisfacción de los usuarios con los servicios, el diseño del ambiente hospitalario, la evaluación y mejoramiento de los sistemas de información, la adecuación de reglamentos y rutinas, la optimización del funcionamiento de determinados servicios y equipos de trabajo y otros muchos

aspectos relacionados y que varían de institución a institución hospitalaria. Esta última dirección puede requerir el uso de procedimientos relativamente diferentes que los que se usan para las actividades asistenciales, y en grandes instituciones, es posible que dentro del servicio de psicología, uno o más de sus miembros deberán dedicarse casi por completo a este tipo de actividad, pero no debe estar separada de la del resto de los psicólogos, ya que estos pueden participar de estos objetivos, ofreciendo observaciones, contribuyendo a identificar problemas y a diseñar estrategias de investigación e intervención, obteniendo datos, trabajando con grupos, brindando docencia a personas seleccionadas, etc. Este último aspecto satisface uno de los componentes de la definición de psicología de la salud, que es el de su contribución al mejoramiento de los servicios, por lo que debe estar bien incorporado al trabajo de todo el servicio de psicología del hospital.

El tamaño de un hospital se define por el número de sus camas y aunque tenga otros servicios externos, sobre la base de ese número es que se construyen los indicadores de tamaño. Los hospitales de más de 500 camas son generalmente instituciones muy complejas que agrupan diferentes servicios. No existen muchos datos que orienten acerca de cuántos psicólogos por número de camas debe tener el servicio de psicología de un hospital, pero esto depende mucho del nivel de amplitud que se le quiera dar al trabajo. Por la experiencia práctica de este autor relativa a la organización y evaluación de servicios de psicología de hospitales en los que se ha alcanzado una importante integración de las acciones psicológicas a la institución, debe haber un psicólogo contratado a tiempo completo por cada 80-100 camas.

Los hospitales generales por lo regular incluyen servicios clínicos y quirúrgicos para adultos en un área y para niños en otra, así como servicios de ginecología y de obstetricia. Otras veces los hospitales clínico-quirúrgicos de adultos son independientes de los de niños así como los de ginecología y obstetricia. También puede ocurrir que haya hospitales muy

especializados (por ejemplo, en ortopedia, oftalmología, etc.). Las características del hospital en cuanto a su dedicación tendrán mucha influencia en la orientación de las tareas de la psicología en la institución en cuestión. Aun cuando se trate de un hospital general, las tareas que se lleven a cabo en los servicios de adultos tendrán ciertas diferencias con respecto a las que se lleven a cabo en los servicios de niños y en los de ginecología y obstetricia (recuérdese que a estos últimos asisten muchas mujeres que no están enfermas, sino que reciben atención para procesos normales como son el embarazo y el parto).

Resulta imposible, dentro de los límites de este texto, agotar la diversidad de problemas susceptibles de ser abordados por la psicología, que pueden presentarse en los hospitales de diferente tipo, mucho menos posible es hacer una revisión actualizada de los datos que ofrece el amplio trabajo de investigación que se viene realizando acerca de las características psicológicas que son propias de la evolución de tan diverso número de enfermedades, y acerca de las intervenciones psicológicas puntuales para esos problemas y los problemas institucionales. No obstante puede hacerse una descripción de carácter general que sirva de orientación para este trabajo:

I.- Servicios clínicos y quirúrgicos de adultos

a) Áreas problemas frecuentes asociadas a las condiciones de la enfermedad y a la situación de hospitalización:

- 1) búsqueda y proporcionamiento de información acerca de la etiología, el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico, las posibles limitaciones para la vida futura y en relación al uso de recursos y otros servicios,
- 2) toma de decisiones, preparación emocional y consentimiento para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; cooperación con los mismos
- 3) cumplimiento de indicaciones de administración de

- medicamentos, reposo, realización de ejercicios, medidas dietéticas, tanto durante la hospitalización como en el futuro,
- 4) cumplimiento de rutinas institucionales (visitas, horarios de baño, comidas, silencio, etc.),
 - 5) manifestaciones psicológicas de nivel clínico: depresión, ansiedad, trastornos de conciencia, alteraciones de la percepción del tiempo y del esquema corporal; síntomas psíquicos asociados a daño orgánico cerebral (trastornos del pensamiento y la memoria; hiperkinesia, etc.),
 - 6) manejo del dolor
 - 7) relaciones interpersonales: paciente-equipo de atención; paciente-familiares; familiares-equipo de atención; de los miembros del equipo de atención entre ellos mismos,
 - 8) satisfacción con los servicios.

b) Acciones que pueden ser emprendidas:

- 1) análisis de los patrones de comunicación en uso, de acuerdo al tipo de servicio y enfermedades; identificación de insuficiencias;
- 2) favorecimiento del proceso de toma de decisiones siguiendo las mismas pautas del punto anterior en lo que a comunicación se refiere; asesoramiento al equipo de atención para ayudar al paciente a la reducción de la ansiedad y en el afrontamiento de las experiencias displacenteras de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; trabajo directo con pacientes mediante el uso de técnicas apropiadas, por ejemplo, relajación;
- 3) asesoramiento al equipo de trabajo en técnicas de fomento de la adherencia a los tratamientos; trabajo directo con pacientes con técnicas de manejo de tensiones de la vida cotidiana; modificación de comportamientos de ingestión de alimentos, etc., tanto durante la hospitalización como en el seguimiento del egresado;
- 4) análisis de las rutinas institucionales a nivel del servicio o de la institución en general, y de su correspondencia con las necesidades de pacientes y familiares; introducción de

modificaciones apropiadas y factibles; asesoramiento a las autoridades institucionales y el equipo de trabajo; desarrollo de acciones coordinadas con trabajadoras sociales;

5) evaluación clínico-psicológica de pacientes; realización de acciones terapéuticas con recursos psicológicos (técnicas de psicoterapia apropiadas al problema específico) durante la hospitalización y con seguimiento posterior al egreso; asesoramiento del equipo de atención en el manejo de problemas propios de cada paciente; coordinación de trabajo con las especialidades médicas indicadas (por ejemplo, neurología y psiquiatría);

6) asesoramiento al equipo de atención con respecto al uso de procedimientos psicológicos para el control y reducción de la experiencia del dolor; asistencia directa a pacientes específicos que lo requieran con técnicas psicológicas apropiadas, durante la hospitalización y al egreso;

7) a) análisis de las prácticas habituales de relación equipo de atención-pacientes, incluyendo médicos, enfermeras, técnicos, etc. Identificación de insuficiencias. Asesoramiento al equipo para optimizar sus relaciones con los pacientes; desarrollo de entrenamiento de habilidades, de acuerdo a las necesidades; intervenciones directas para favorecer estas relaciones en situaciones específicas; b) seguir la misma pauta acerca de las relaciones del equipo de atención con los familiares; c) favorecimiento de la comunicación del paciente con sus familiares; identificación del funcionamiento de la familia en tanto sistema de apoyo; asesoramiento al equipo de atención para contribuir a optimizar ese sistema; intervenciones directas en casos de situaciones que lo requieran; d) observaciones y análisis de la comunicación entre los miembros del equipo de atención; intervenciones directas para optimizarlas (trabajo de grupos, asesoría);

8) diseño y ejecución de estudios generales periódicos, o específicos, para conocer la satisfacción de pacientes y familiares con los servicios; uso de cuestionarios, grupos focales, observaciones, entrevistas; sugerencias a las autoridades

institucionales; trabajo directo con miembros de equipos de atención, grupos; adiestramiento en técnicas de información, etc.

II.- Servicios clínicos y quirúrgicos para niños:

a) Áreas problemas frecuentes asociadas a las condiciones de la enfermedad y a la experiencia de la hospitalización:

Los mismos problemas que se señalan para los servicios clínicos y quirúrgicos de adultos, aparecen en los hospitales que atienden niños, como es lógico, con sus características específicas. Además, pueden encontrarse otras áreas problemas:

- 1) implicaciones de la enfermedad, la experiencia de la hospitalización, y las posibles limitaciones permanentes para el desarrollo psicológico del niño;
- 2) participación de los padres, y muy especialmente de la madre, en todo el proceso de atención del niño, interviniendo como un elemento presente en la relación del equipo con el paciente;
- 3) interrupción del ciclo de aprendizaje escolar;
- 4) limitación de la satisfacción de las necesidades de juego y recreación;

b) Acciones que pueden ser emprendidas:

- 1) evaluación casuística del impacto de la enfermedad para la vida futura del niño; atención a su desarrollo psicológico aun después del egreso;
- 3) diseño de sistemas de madre/padre acompañante; trabajo directo con ambos padres y otros familiares significativos con técnicas individuales y de grupo dirigidas a disminuir sus manifestaciones de ansiedad;
- 4) integración de programas escolares en el hospital; asesoramiento a los maestros;
- 5) acciones coordinadas con las trabajadoras sociales para la realización de actividades recreativas y de juego.

III.- Servicios clínicos y quirúrgicos de ginecología y obstetricia

a) Áreas problemas frecuentes asociadas a las condiciones de la enfermedad y a la experiencia de la hospitalización:

Los servicios de ginecología presentan, en general, los mismos áreas problemas que se describieron anteriormente, pero en el caso de los de obstetricia se presentan otros problemas peculiares (recordar que la mayor parte de las mujeres embarazadas y que van a dar a luz no son enfermas):

- 1) preparación psicológica para el parto, incluyendo la preparación de los esposos para su participación en el mismo;
- 2) pérdidas de embarazos deseados;
- 3) lactancia materna;
- 4) aborto inducido.

b) Acciones que pueden ser emprendidas:

- 1) diseño, puesta en ejecución y evaluación de programas de preparación para el parto para la pareja, en los que esté presente no sólo la perspectiva médica, sino también la psicológica; adiestramiento y asesoría a los profesionales que los llevan a cabo; asesoramiento al equipo de atención del salón de partos;
- 2) programas específicos para la atención de las parejas que han experimentado la pérdida de un embarazo deseado: atención directa mediante técnicas de psicoterapia; asesoramiento al equipo de atención para el manejo de estas situaciones;
- 3) diseño, puesta en práctica y evaluación de programas de trabajo de alcance institucional para favorecer la adopción del comportamiento de lactar; asesoría al equipo de atención sobre técnicas educativas y de grupo;
- 4) investigación de las variables psicológicas y sociales que se asocian a la solicitud de aborto en el área en la que se trabaja; organización de acciones coordinadas con los médicos y enfermeras para el ofrecimiento de información para evitar la

reiteración de estas solicitudes.

3) ALGUNAS REFERENCIAS A EXPERIENCIAS DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN HOSPITALES EN CUBA

Como en otros muchos países, los primeros psicólogos cubanos que trabajaron en hospitales lo hicieron en servicios de psiquiatría de niños y de adultos, desde los cuales, limitadamente, realizaron tareas de atención e investigación en otros servicios. En 1970 ya aparecieron los psicólogos en ciertos contextos hospitalarios en los que hasta ese momento no habían estado, como por ejemplo, hospitales de ginecobstetricia (en la ciudad de Santa Clara y en La Habana), y en hospitales especializados en ortopedia. Hacia 1975, por ejemplo, en la ciudad de La Habana, los psicólogos que estaban en los hospitales clínico-quirúrgicos de adultos desarrollaban prácticamente todo su trabajo asociados a los psiquiatras, evidentemente, dentro del modelo clínico tradicional. A partir de ese año, se fueron dando progresivamente las condiciones o hechos que fueron enumerados al principio de este capítulo, de manera que ya hacia 1987 prácticamente todos los hospitales de diferentes perfiles y especialidades contaban con sus servicios de psicología organizados de manera independiente y con un trabajo integrado de la manera más amplia. Este proceso se vio también favorecido por el apoyo brindado por las autoridades de salud para crear plazas (o cargos), y por cambios introducidos a nivel nacional en el reglamento de los hospitales, en 1982. Se presentarán algunos ejemplos.

Un trabajo cuya publicación data de 1987 refleja los cambios producidos. El mismo describe el universo de actividades que ya realizaban los psicólogos en el Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Calixto García", una institución con una larga tradición asistencial y docente. Esas actividades están dirigidas a los pacientes, familiares y miembros de los equipos de atención de todos los servicios del hospital y reflejan el nuevo

enfoque en el que se vinculan las acciones directas de carácter clínico con los pacientes, con las dirigidas a favorecer el apoyo de los familiares y las relaciones médico-pacientes. Los servicios son los más diversos, por ejemplo, de atención a quemados, terapia intensiva e intermedia, cardiología, cirugía general, alergia, gastroenterología, ortopedia, otorrinolaringología, dermatología, proctología, etc. Se refiere como en muchos de ellos se había logrado introducir modificaciones en los modos en que los médicos comunican información a los familiares acerca del estado de los pacientes, y en que los familiares se comunican con los pacientes que están en servicios "cerrados" (como los quemados o los de terapia intensiva); se refiere, además, la atención brindada a las personas que habían sufrido infartos del miocardio, tanto durante la hospitalización como una vez que habían egresado, las actividades de preparación de los pacientes que iban a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas, los que se someten a diálisis por problemas renales o esperaban trasplantes y los que se veían obligados a tener largas estadías en servicios de ortopedia. También se brinda información acerca de actividades institucionales, como la realización de estudios acerca de la satisfacción de los usuarios con los servicios y sobre las actividades docentes con estudiantes y personal del hospital (Cunill, 1987).

También a partir de 1975 se produjeron en Cuba cambios en la actividad de los psicólogos en los hospitales de niños (hospitales pediátricos) que permitieron ampliar las perspectivas más allá de los servicios de psiquiatría infantil; en la actualidad en esas instituciones la actividad de los psicólogos abarca los más diversos problemas, con un énfasis muy particular en la preparación para las intervenciones quirúrgicas, la atención de los niños con enfermedades y limitaciones crónicas y en el trabajo con los padres. Ya desde 1969 tuvieron participación en un proyecto que tuvo mucha trascendencia. Hasta ese momento la práctica vigente en esas instituciones era la de aceptar el ingreso del niño, pero la madre y los demás familiares solamente podían relacionarse con él en los horarios

de visita, con lo que quedaba limitada la posibilidad de atender las necesidades emocionales del paciente, y la propia educación de sus mayores para su participación en el tratamiento. Se realizaron entonces algunas experiencias para modificar esta situación. Los estudios realizados en conjunto por pediatras, administradores de salud y psicólogos permitieron demostrar la importancia de establecer el sistema de "madre acompañante" a tiempo completo, y desarrollar un programa para facilitar su integración al tratamiento y su educación, que se extendió rápidamente a todo el país y cuyos positivos resultados han sido evidentes (Dotres y cols. 1980). Hacia 1982, estas experiencias permitieron dar un nuevo paso para que no sólo pudieran estar como acompañantes permanentes las madres u otras figuras femeninas de la familia, sino también los padres, para lo cual se realizaron ensayos y estudios en los que participaron los psicólogos.

Los psicólogos cubanos también están presentes en los hospitales y servicios de ginecología y obstetricia, destacándose entre sus tareas las que tienen que ver con el asesoramiento de las actividades de preparación para el parto, la promoción de la lactancia materna, la evaluación y seguimiento de los niños que nacen con dificultades, el tratamiento de la infertilidad de la pareja y la intervención en los casos de mujeres con cáncer del cuello del útero y de la mama. Un trabajo muy representativo de los modos de incorporar la dimensión psicológica en estas instituciones es el que se viene realizando en el Hospital Ginecobstétrico Docente "Ramón González Coro", el principal centro de este tipo en el país, en relación a la atención de las mujeres que sufren la pérdida de un embarazo deseado. La observación y discusión sistemática conjunta de los obstetras y los psicólogos de los problemas de sus pacientes, permitió la identificación de este asunto como un problema relevante. A pesar de los avances registrados en los cuidados prenatales que se brindan a las embarazadas y en la asistencia durante los partos, todavía se presenta la situación de que un embarazo deseado se frustra debido a un aborto espontáneo, una muerte

fetal o porque el niño muere durante el parto o algún tiempo después. En los últimos años este problema ha adquirido un carácter adicional, debido a que existen recursos técnicos aportados por el ultrasonido diagnóstico, la bioquímica y la genética que permiten detectar durante el embarazo la existencia de malformaciones congénitas. Una vez conocidas por los padres, estos se ven en la disyuntiva de continuar el embarazo hasta el nacimiento de un hijo con problemas o solicitar un aborto para interrumpir este proceso. Como algunas de estas técnicas ofrecen sus resultados sólo cuando ya el embarazo está avanzado, la experiencia puede ser extraordinariamente difícil. También los procedimientos modernos permiten el nacimiento de niños afectados de padecimientos que luego resultan incompatibles con la vida en las primeras semanas o meses. Cuando en la institución se presentaba un caso de pérdida de un embarazo o recién nacido deseado, algunos médicos notificaban al servicio de psicología para brindar ayuda psicológica a la mujer pero otros no lo hacían; centrados en la aplicación de procedimientos avanzados, en la actuación sobre lo somático y en los conceptos tradicionales acerca de lo que significa de manera estrecha "curar", daban por resuelto el problema con la interrupción de esos embarazos en los que se había diagnosticado una malformación o cuando una mujer que tuvo una pérdida resultaba nuevamente embarazada inmediatamente después, sin prestar en sus valoraciones suficiente atención a los procesos emocionales que de manera concomitante con la pérdida se ponen de manifiesto en la propia mujer, en su compañero y en los demás familiares. Tampoco los psicólogos disponían de un estudio detallado de estos problemas que les permitiera hacer las intervenciones más eficaces. Por eso, asociados con un profesor de obstetricia de la propia institución, comenzaron revisando los aportes previos presentes en la literatura, pasando entonces a realizar una investigación con sus casos que les permitió describir las características de la reacción emocional de un grupo de parejas que estudiaron y diseñar un modelo de intervención psicológica

que pusieron en práctica, y que involucra a la mujer, su pareja, los familiares significativos, y a los miembros del equipo de atención de la institución. Estos últimos recibieron información acerca de los resultados de la investigación inicial, y capacitación sobre los recursos de apoyo emocional que debían poner en práctica, así como indicaciones sobre el modo de vincularse con el servicio de psicología cada vez que tuvieran uno de esos casos. El servicio de psicología se asignó la responsabilidad de realizar acciones directas con las pacientes, la pareja, y los familiares, sobre la base de un marco general de trabajo terapéutico que comienza inmediatamente que la pérdida se ha producido o que la pareja toma la decisión de interrumpir el embarazo luego de recibir la información de la existencia de una malformación. Ese marco general de trabajo se adapta en el trabajo clínico a las características peculiares de cada caso pero en general supone tratar asuntos tales como la personificación de la pérdida, el intercambio de información acerca de lo ocurrido, el estímulo para la expresión libre de la pena, el análisis de los sentimientos de culpa y de las expresiones de ira, la información sobre la aparición de nuevos estados emocionales en etapas sucesivas, el fortalecimiento de la comunicación entre los miembros de la pareja, apoyo emocional y eventualmente, entrenamiento en técnicas de relajación, y la promoción de comportamientos eficaces de los miembros del sistema de apoyo familiar. En fecha reciente fue realizada una evaluación de los resultados de este trabajo en los últimos cinco años, a través de la comparación de un grupo de mujeres que habían recibido ayuda psicológica cuando ocurrió su pérdida, con un grupo de control integrado por mujeres que habían tenido pérdidas y que no recibieron ayuda psicológica, en un diseño de investigación en el que se controlaron otras variables intervinientes. Las mujeres que no recibieron ayuda eran significativamente diferentes de las que la recibieron en cuanto a lo siguiente: depresión y ansiedad, manifestaciones de autoculpabilidad, valoración negativa de la experiencia de la pérdida, y temores en nuevos embarazos. Lo más interesante fue que ninguna de las

mujeres que recibieron atención psicológica tuvo nuevas pérdidas de embarazos (Cintero y cols., 1988, 1989, 1995).

En resumen, esta experiencia revela la importancia del trabajo en equipo de los psicólogos y los médicos en la identificación de problemas y en el diseño y aplicación de las intervenciones. También revela el papel de la perspectiva de investigación para la obtención de datos que permitan diseñar las intervenciones apropiadamente y evaluar sus resultados.

Un último ejemplo sobre la integración de la psicología en hospitales cubanos se refiere a una institución especializada, el Hospital Psiquiátrico de La Habana. Se trata de un hospital de grandes dimensiones (alrededor de 5 000 camas) establecido desde el siglo XIX, y que antes de 1959 era un vergonzoso exponente del desprecio que la república neocolonial tenía por los pobres y los enfermos. Era realmente, un almacén de enfermos en condiciones infrahumanas. Desde los inicios del año señalado, los cambios políticos y sociales, y la puesta en práctica de una política de salud revolucionaria, permitieron la transformación de esta institución de una manera muy notable. Parejamente con la reconstrucción de las instalaciones y la humanización de las condiciones de vida de los enfermos, el hospital puso en funcionamiento un programa de rehabilitación sobre bases científicas que ha permitido obtener importantes logros tanto en la asistencia, la recuperación de los enfermos y su reinserción en la vida social, como en la docencia y la investigación. Los psicólogos han estado integrados a este trabajo desde sus inicios, participando en las actividades de diagnóstico y tratamiento de manera directa con los pacientes y sus familiares, y también en el diseño del ambiente institucional, la elaboración y evaluación de los programas de rehabilitación específicos, la formación en psicología de los recursos humanos de todos los niveles profesionales, y las tareas de investigación de los problemas de salud que allí se atienden. El hospital cuenta con un servicio de psicología en el que participan alrededor de 50 psicólogos, con objetivos y tareas bien definidos, y desde el cual sus miembros se vinculan a todos los

demás servicios. Desde hace 20 años publican un Boletín de Psicología que da cabida a trabajos de las más diferentes áreas de la psicología de la salud en el país. Mientras en muchos países, en los últimos años, se han producido expresiones contrarias a la existencia de grandes instituciones psiquiátricas, este hospital es una evidencia que centros de este tipo pueden ser no sólo pertinentes, sino también muy útiles y exitosos, siempre y cuando estén insertos dentro de una política de salud bien orientada, y siempre que estén basadas en principios humanos y científicos. También es una evidencia de las posibilidades de la psicología en ese ámbito.

4) LOS CENTROS DE REHABILITACIÓN

La rehabilitación está dirigida a brindar recursos médicos, psicológicos y laborales para que las personas que presentan secuelas de alguna enfermedad en forma de limitaciones estables y permanentes puedan reducir esas limitaciones, y desarrollar nuevas capacidades que les permitan el máximo de desempeño autónomo en su medio habitual, tanto doméstico como en el trabajo productivo y la vida social. Actualmente las personas que tienen limitaciones sensoriales (hipoacusia y sordera, deficiencias de la visión), de sus capacidades intelectuales, de su motricidad o de su capacidad funcional general (por ejemplo, los que han sufrido infartos), u otras, pueden beneficiarse de programas que se basan en procedimientos quirúrgicos, fisioterapia, entrenamientos, adaptación de prótesis y otros dispositivos, orientación o reorientación de su capacitación laboral e inserción en determinadas condiciones adecuadas de trabajo. Muchos de estos servicios, o una parte de ellos, pueden brindarse en centros de atención primaria (la llamada "rehabilitación de base comunitaria") y en hospitales, pero también existen instituciones que no son precisamente hospitales ni por sus objetivos ni por el modo en que están organizadas, que desarrollan programas con propósitos de rehabilitación. El papel de la psicología en

estas instituciones es muy importante para: 1) evaluar las limitaciones de las personas en términos de la repercusión psicológica de las mismas; 2) ofrecer tratamientos a esas personas para fomentar su cooperación en el proceso de rehabilitación y sus comportamientos adaptativos; 3) evaluar y favorecer el apoyo familiar y social; 4) orientar vocacionalmente a estas personas; y 5) asesorar al equipo de atención acerca del manejo de los problemas psicológicos de los pacientes. Otras tareas de la psicología en este campo pueden ser llevadas a cabo en la dirección de estudiar y ayudar a modificar las expectativas del entorno social con respecto a las personas con limitaciones. Estas tareas pueden ser muy diversas en dependencia del tipo de problemas que se atienden en el centro de rehabilitación en cuestión (Morales, 1977).

Resumiendo: la psicología tiene amplias posibilidades de integración en la atención a la enfermedad y en la rehabilitación de las secuelas en hospitales y centros especializados. Para realizar estas posibilidades es necesario: 1) modificar la asociación tradicional de los psicólogos, que se limitaba sólo a los servicios de psiquiatría, y asumir la institución como un todo; 2) organizar servicios de psicología, con objetivos definidos y los recursos materiales y humanos necesarios; 3) considerar el "componente psicológico de la enfermedad" como un resultado complejo de diferentes variables, y que tiene una expresión individual en cada caso que requiere ser evaluada para decidir las intervenciones de ayuda necesarias; 4) trabajar en equipo, compartiendo el conocimiento psicológico con los demás miembros del equipo de atención, asesorando y supervisando sus acciones; 5) vincular la investigación al diseño y evaluación de las estrategias; 6) considerar los aspectos institucionales como parte de las tareas de la psicología en este nivel de los servicios de salud. Con toda seguridad, esta área de trabajo de la psicología de la salud permitirá hacer importantes contribuciones al conocimiento de las causas y evolución de las enfermedades, a la búsqueda de mejores formas de atención de los enfermos, y a la modificación de las expresiones de

tecnologismo y de biologicismo que aun se encuentran en muchos hospitales.

Lecturas indicadas: Morales (1995); Cunill (1987)

CAPITULO VII: LA PSICOLOGÍA EN LA EVALUACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Como se vio con anterioridad, cuando fueron analizadas las definiciones de psicología de la salud, una de sus direcciones de trabajo está dirigida a la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que lo reciben, a la optimización de los servicios y a la promoción de la satisfacción con los mismos. También se han hecho referencias a este tema cuando se abordó la dimensión institucional que debe tener el trabajo de psicología en los hospitales.

La calidad de los servicios de salud se relaciona con diversas circunstancias. Un buen servicio de salud debe estar apoyado en toda una filosofía acerca de la salud y la enfermedad, sus determinantes, y brindarse desde instituciones con los recursos y programas apropiados para los problemas de la población a los que se dirigen. Un elemento básico es que esos servicios sean accesibles en términos legales y culturales a la población, en el marco de una estructura racional organizada por niveles de atención que integren la promoción, la prevención, la asistencia de los enfermos y la rehabilitación. Un servicio de calidad, además de ser accesible, debe expresar una correspondencia con los avances tecnológicos existentes, y contar con personal calificado. Sin embargo, puede ocurrir que servicios que reúnan esas características no produzcan satisfacción en quienes los reciban a causa de "fallas humanas", de insuficiencias en el modo en que se produce la relación con los usuarios. Es por eso que debe existir la voluntad de explorar sistemáticamente esa satisfacción, y en este sentido, ciertos recursos de la psicología pueden ser de mucha utilidad.

Mira y cols. (1992) han indicado que "satisfacción del paciente" es el término que como común denominador se utiliza

para enmarcar los estudios que tratan sobre el tema del "arte de la atención", las circunstancias del cuidado, el trato y las facilidades de comunicación entre profesionales y pacientes (o sus familiares) los cuales se consideran facetas significativas del trabajo profesional "sanitario". Estos autores entienden la satisfacción del paciente como una medida de eficacia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud. Para ellos, "más que un aspecto objetivo de esa calidad, habría que hablar de calidad sentida, o en otros términos, de los aspectos subjetivos de la calidad de la asistencia". Mencionando trabajos de Ley y Spelman (1967) la satisfacción es a la vez una variable que va a tener un impacto en la adherencia, es decir, en el apego del paciente al cumplimiento de las indicaciones recibidas para la buena evolución de su enfermedad. Carmel (1985) y Weiss (1988) consideran tres aspectos en la determinación de la satisfacción: 1) características del paciente (edad, sexo, raza, nivel educativo, ingresos económicos, expectativas sobre el encuentro con el médico, estado de salud); 2) características de los proveedores (arte y técnica de la atención, relación paciente-profesional, claridad y extensión de la comunicación y resultado del encuentro; y c) factores estructurales y de organización (accesibilidad, modo de pago, duración del tratamiento, continuidad de cuidados, condiciones en las que se produce el servicio). Ware y Hays (1988) por su parte consideran los siguientes factores que enmarcan la satisfacción: 1) accesibilidad/conveniencia de los cuidados; 2) financiación y humanización; 3) información que se brinda al paciente; 4) posibilidad de acceso a las fuentes de información; 5) competencia profesional y 6) ambiente favorecedor de los cuidados. Sobre la base de un estudio realizado con 503 pacientes, para Feletti, Firman y Sanson-Fisher (1986) las dimensiones más importantes son: 1) comunicación (claras explicaciones, intimidad en la conversación, que se escuche con interés); 2) actitudes profesionales (no adoptar un rol dominante); 3) competencia técnica; 4) clima de confianza (que el paciente pueda discutir con el médico problemas personales);

y 5) percepción del paciente de que recibe un trato individualizado.

De manera obvia, las opiniones en relación con este problema destacan la importancia de cuatro factores que de una u otra manera aparecen señalados por estos autores: comunicación, el reconocimiento de la individualidad del paciente, la calificación profesional percibida y las características del ambiente en que se produce la atención.

En la experiencia personal de este autor, la satisfacción está relacionada básicamente con el nivel de las expectativas del paciente con respecto al servicio que aspira a recibir, lo que a su vez se relaciona con la representación previa que tiene de la calidad de esos servicios, y de sus derechos con respecto al uso de los mismos. Cuando los servicios tienen un máximo de accesibilidad y se comparte la opinión de que también tienen un máximo de calidad, las personas aspiran a que esa calidad se aplique a su caso particular no como algo que se les puede o no dar, sino como algo que de hecho les corresponde, por lo que no se disculpa alguna insuficiencia. En 1988, en entrevistas abiertas realizadas personalmente a 108 pacientes ingresados en un hospital clínico quirúrgico, pudo apreciarse que estos, para sentirse satisfechos aspiraban (en este orden de prioridades) a que: 1) los médicos y enfermeras revelaran competencia profesional en su desempeño; 2) les dedicaran tiempo para escuchar sus preocupaciones y para darles explicaciones sobre su enfermedad, el tratamiento, y sobre las pruebas y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos que les fueran a realizar; 3) mostraran accesibilidad y confianza en el trato personal; y además, que: 4) las condiciones de la hospitalización fueran confortables (comodidades en la sala, silencio, limpieza, alimentación adecuada); 5) pudieran mantener una comunicación fluida con sus familiares (horarios de visita, uso del teléfono, tener acompañantes cuando los necesitaran, etc.).

Toda institución de salud que desee brindar servicios de calidad debe tener un programa en este sentido, en el que por

supuesto deben estar incluidas las acciones de control estrictamente médicas (revisión de las historias clínicas, estudio de la correspondencia de los hallazgos de las necropsias y biopsias con los diagnósticos clínicos, análisis de la positividad/negatividad de los exámenes complementarios indicados, cumplimiento de los indicadores de estadía, etc.), pero también debe tener los medios adecuados para tomar de manera sistemática, la opinión de los usuarios acerca de los servicios que reciben. En este sentido pueden ser útiles los siguientes recursos:

1) aplicaciones de encuestas a muestras de pacientes ingresados, asistentes a consulta externa y a servicios de urgencias; 2) aplicaciones de encuestas a muestras de pacientes egresados; 3) realización de observaciones y entrevistas en los propios servicios (por ejemplo, pueden ser usadas algunas técnicas grupales, como los "grupos focales"); 4) búsqueda activa de quejas (situando informaciones indicando las vías para formularlas, entregando formularios a los pacientes y familiares, situando buzones, etc.). Los resultados de estas consultas deben tener un marco de discusión dentro de las comisiones de calidad de las instituciones y conducir a la toma de medidas prácticas.

En Cuba estos procedimientos han sido utilizados de manera regular con muy buenos resultados. Ahora bien, es necesario advertir acerca de la necesidad de que estos estudios se conduzcan con rigor técnico. Algunos psicólogos ven estas tareas como un "trabajo menor". Otras veces los médicos u otras autoridades de las instituciones pueden creer que es muy fácil redactar un cuestionario, plasmando en un formulario unas cuantas preguntas que les parecen adecuadas. El resultado es que pueden obtenerse resultados con marcado sesgo. Lo indicado es definir claramente los objetivos de estos estudios, seleccionar adecuadamente las variables que van a ser examinadas, construir cuidadosamente los instrumentos y someterlos a prueba, usar criterios oportunos de muestreo, adiestrar a los que van a aplicar los cuestionarios y procesar los

datos objetivamente. En la experiencia de este autor, en los estudios relacionados con servicios de atención primaria, los datos deben ser obtenidos por investigadores ajenos a la institución, ya que por ser centros que están en la propia comunidad, se corre el riesgo de que se den respuestas "cliché" si son solicitadas por personas conocidas como miembros de la institución. Las instituciones de atención primaria pueden tener también "paneles" de informantes entre miembros de la comunidad, los que pueden dar información propia o representativa de otras personas con las que se relacionan cotidianamente. En los hospitales, son preferibles los estudios que toman a informantes que han egresado entre 15 y 30 días antes, ya sean los propios pacientes o sus familiares. Las visitas personales al hogar pueden ser más productivas que los cuestionarios por correo o las preguntas por teléfono, aunque por supuesto, son más costosas. La persona que recoge el dato no debe ser identificada como miembro del servicio en el se estuvo ingresado. Los cuestionarios deben abarcar las áreas que han sido identificadas como relevantes en la producción de la satisfacción, y pueden utilizar preguntas cerradas, pero es recomendable que tengan la opción de brindar respuestas más amplias e incluso, de recoger anécdotas detalladas. Los cuestionarios y guías de entrevista que se utilicen en cualquier estudio de este tipo deben incluir temas comunes, pero también es necesario que tengan cierta especificidad (por ejemplo, hay aspectos que difieren de los servicios quirúrgicos a los clínicos o los de obstetricia).

La optimización de la satisfacción dependerá de la utilización consecuente de estos resultados, lo que podrá implicar la adopción de cambios en prácticas institucionales (por ejemplo, horarios de visita o de comidas, servicios de información a familiares), distribución de recursos, y el mejoramiento de las habilidades de la relación con los pacientes de ciertos equipos de trabajo, tarea esta última que debe realizarse sobre una aproximación psicológica apropiada al o los problemas identificados.

Lecturas indicadas: Mira y cols. (1992)

COMENTARIO FINAL

La psicología de la salud tiene aun un largo camino por recorrer, son muchos los problemas en los que es necesario trabajar. El primero de todos, como se ha señalado en diferentes momentos de este texto, es el relativo al análisis conceptual y a la vinculación de los avances que se han logrado en este aspecto al trabajo práctico. El segundo tiene que ver, a mi juicio, con la necesidad de que los servicios de salud realmente integren la psicología a las instituciones de todo tipo, sobre la base de programas bien estructurados. Un tercer asunto se refiere a la necesidad de que en la formación de pregrado y postgrado de los psicólogos se enseñen los contenidos más avanzados de psicología de la salud y que esa formación se vincule con la práctica de los educandos en servicios reales. Por último, es necesario estimular el más amplio intercambio de información sobre los resultados de investigación en este campo entre todos los interesados, a través de revistas especializadas, congresos, trabajo de sociedades científicas, etc. En América Latina tenemos la obligación de trabajar seriamente en este campo, partiendo de nuestras propias valoraciones de los problemas de salud que nos afectan con mayor frecuencia y tomando en cuenta nuestra realidad social y cultural específica.

Esperemos de la psicología de la salud un aporte cada vez más positivo y útil para contribuir a mejorar el estado de salud de nuestros pueblos.

Lectura indicada: Morales y Piña (1995).

BIBLIOGRAFÍA

Agras, W.S. (1982): **Behavioral Medicine in the 1980s: Nonrandom connections.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 797-803

Ajzen, I., M. Fishbein (1980): **Understanding attitudes and predicting social behavior.** New Jersey: Prentice Hall

Albee, G.C.(1980): **A competence model to replace the defect model.** En: M.S. Gibbs, J.R. Lachenmeyer, J. Sigal (Eds.): Community Psychology, págs. 213-238. New York: Gardner

Albino, J.E. (1983): **Health Psychology and primary prevention: Natural allies.** En: R.D. Felner, L.A. Janson, J.N. Moritsugu, S.S. Farber (Eds.): Preventive Psychology: Theory, research and practice, págs. 221-223. New York: Pergamon Press

Alexander, F.G.(1950): **Psychosomatic Medicine: its principles and applications.** New York: Horton

Álvarez, M. A. (1987): **Stress, un enfoque psiconeuroendocrino.** Resumen de la tesis en opción del grado de Candidato a Doctor en Ciencias Psicológicas. Instituto Nacional de Endocrinología, La Habana

Ardid, R. (1981): **Psicología Médica.** Citado por: F. Núñez de Villavicencio (1987): Psicología Médica tomo 1. La Habana, Pueblo y Educación

Bayés, R. (1994): **Psicología y SIDA.** En: J.A. Piña (Comp.): SIDA: Perspectiva psicológica de un problema de salud mundial, págs. 1-16. Hermosillo: Publicación de la Universidad de Sonora

Bayés, R., E. Ribes (1991): **Un modelo psicológico de prevención de enfermedades.** Su aplicación al caso del SIDA. En: J.A. Piña López (comp.): Psicología y Salud. Aportes del análisis de la conducta, págs. 1-21. Hermosillo: Editorial Unison

Bayés, R. (1988): **Modulación psicológica de la respuesta inmunológica.** Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia, Vol. 4, No. 1, 7-29

Bayés, R., M. Martí, I. Portell, N. Durán (1988): **Estrés y comunicación del diagnóstico de cáncer.** En: J. Santacreu (comp.): Modificación de conducta y psicología de la salud, págs. 261-268. Valencia: Promolibro

Beckett, E.M., A.M. Davies, A. Petrós-Barvasián (1985): **El concepto de riesgo en la asistencia sanitaria.** Cuadernos de Salud Pública, 76. Ginebra: Organización Mundial de la Salud

Beltrán, F.J. e I. Torres Fermán (1992): **Lo psicológico en la determinación de la salud: La salud y lo psicológico determinados socialmente.** En: J.A. Piña López (comp.): Psicología y Salud. Aportes del análisis de la conducta, págs. 90-102. Hermosillo: Editorial Unison

Belloch, A. (1989): **Conducta de salud y conducta de enfermedad.** En: E. Ibáñez y A. Belloch (Eds.): Psicología y Medicina, págs. 165-174. Valencia: Promolibro

Bennet, C.C., L.S. Anderson, S. Cooper, L. Hassol, D.C. Klein, G. Rosemblum (1966): **Community Psychology: a report of the Boston conference on the education of psychologists for community mental health.** Boston: Boston University Press

Berman, P., C. Kendall, K. Bhattacharya (1994): **The household production of health: Integrating social sciences perspectives on micro-level health determinants.** Social

Sciences and Medicine, Vol. 38, No. 2, 205-215

Bertera, R.L. (1993): **Behavioral risk factor and illness day changes with workplace health promotion: Two year results.** American Journal of Health Promotion, Vol. 7, No. 5, 365-373

Blancarte, A.L., K.J. Murphy, R.R. Reilley (1991): **Health Psychology: Status and trends.** Psychological Reports, Vol. 69, No. 1, págs. 189-190

Blanchard, E.B. (1982): **Behavioral medicine: Past, present and future.** Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 50, No. 6, 785-790

Blasco Blasco, T. (1988): **Insuficiencias terminológicas y metodológicas de los estudios con dolor experimental.** En: J. Santacreu (comp.): Modificación de conducta y psicología de la salud, págs. 193-200. Valencia: Promolibro

Bloom, B.L. (1988): **Health Psychology. A Psychosocial Perspective.** Englewood Cliff: Prentice Hall

Bloom, J.R. (1990): **The relationship of social support and health.** Social Science and Medicine, Vol. 30, No. 5, 635-637

Borysenko, J., M. Borysenko (1983): **Sobre la psiconeuroinmunología: cómo la mente influye sobre la salud y las enfermedades y cómo hacer que esta influencia sea beneficiosa.** Traducido de Executive Health, vol. XIX, no. 10

Bunton, R., S. Murphy, P. Bennett (1991): **Theories of behavioural change and their use in health promotion: Some neglected areas.** Health Education Research, Vol. 6, No. 2, 153-162

Bustamante, J.A. (1969): **Psicología Médica**. La Habana: Editorial Científico Técnica

Caplan, G. (1980): **Sistemas de apoyo**. Actualidad en Psicología, Vol. 2, No. 1, 2-47

Carmel, S. (1985): **Satisfaction with hospitalization: A comparative analysis of three types of services**. Social Sciences and Medicine, Vol. 21, 1243-1249

Carrobbles, J.A. (1984): **Psicología y Medicina**. En: Varios Autores: La Psicología como ciencia, págs. 73-98. Madrid: Editorial Ayuso

Casal Sosa, A. (1987): **Sobre algunos aspectos de la psicología en la atención primaria de la salud**. Trabajo con la comunidad e investigación. En: F. Morales Calatayud (Ed.): Psicología de la Salud en la Atención Primaria, págs. 55-63. La Habana: Palacio de las Convenciones

Cinelli, B., M. Rose-Colley, D. Hayes (1988): **Healthpromotion efforts in Pennsylvania schools**. American Journal of Health Promotion, Vol. 2, No. 4, 36-44

Cintero Hernández J., F. Morales Calatayud, A.R. Penichet Casañas, J. Oliva Rodríguez (1988): **Reacciones emocionales ante la pérdida de fetos o recién nacidos deseados**. En: Encuentro Latinoamericano de Psicología Marxista y Psicoanálisis, págs. 232-234. La Habana: Universidad de La Habana

Cintero Hernández J., F. Morales Calatayud, J. Oliva Rodríguez, A.R. Penichet Casañas (1989): **Significación emocional de la pérdida de fetos o recién nacidos deseados**. Estudio de 40 parejas. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología, Vol. 15, No. 4, 305-315

Cintero Hernández, J., F. Morales Calatayud, A.R. Penichet Casañas, J. Oliva Rodríguez (1995): **Modelo de atención psicológica para mujeres que sufren la pérdida de un embarazo deseado.** Informe de investigación. La Habana: Hospital "Ramón González Coro"

Cobb, S. (1976): **Social support as a moderator of life stress.** Psychosomatic Medicine, 38, 300-314

Coreil, J., J.S. Levin, G. Jaco (1985): **Life style. An emergent concept in the sociomedical sciences.** Culture, Medicine and Psychiatry. Vol. 9, 423-437

Coreil, J., J.S. Levin (1984): **A critique of the life style concept in public health education.** International Quarterly of Community Health Education 5: 103-114

Costa Cabanillas, M. (1984): **La psicología en la comunidad.** En: Varios autores: La psicología como ciencia, págs. 99-137. Madrid: Ayuso

Costa, M. y E. López (1987): **Salud Comunitaria.** Barcelona: Martínez Roca

Cunill, C. (1987): **La atención psicológica en el Hospital Clínico Quirúrgico "Calixto García".** En: Autores Varios: La atención psicológica en hospitales clínico quirúrgicos, págs. 40-49. La Habana: Palacio de las Convenciones

Cheadle, A., E. Wagner, T. Koepsell, A. Kristal (1992): **Environmental indicators: A tool for evaluating community-based health-promotion programs.** American Journal of Preventive Medicine, Vol. 8, No. 6, 345-350

Cheung, F.M. (1991): **Health Psychology in Chinese Societies in Asia.** En: Mary A. Jansen and John Weinman (Eds.): The

International Development of Health Psychology, págs. 63-74.
Chur: Harwood Academic Publishers

Dawley, L., Dawley, H., R.E. Glasgow, J. Rice (1993): **Worksite smoking control, discouragement and cessation.** International Journal of the Addictions, Vol. 28, No. 8, 719-733

Dean, R. y N. Lin (1980): **Función de apoyo social en el amortiguamiento del estrés.** Actualidad en Psicología, Vol. 2, no. 1, 50-67

Delay C. y P. Pichot (1969): **Psicología Médica.** Barcelona: Toray Mason

Díaz González, J. (1987): **Los orígenes de la integración de la psicología a la atención primaria en Cuba.** En: F. Morales Calatayud (Ed.): La Psicología de la Salud en la Atención Primaria, págs. 35-48. La Habana: Palacio de las Convenciones

Díaz Novás, J., J. Fernández Sacasa (1991): **Principales problemas de salud que enfrenta el médico de familia.** Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 6, No. 2, 247-255

Díaz Novás, J., F. Morales Calatayud (1990): **Acontecimientos que producen tensión, apoyo social y afectación de la salud en una muestra de población urbana.** Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 6, No. 3, 363-370

Diekstra, R.F.W. (1991): **Psychology, health and health care.** En: M.A. Jansen and John Weinman (Eds.): The International Development of Health Psychology, págs. 19-31. Chur: Harwood Academic Publishers

Dimsdale, J., A. Herd (1982): **Variability of plasma lipids in response to emotional arousal.** Psychosomatic Medicine, Vol.

44, No. 5

Dimsdale, J., T.P. Hackett, A.M. Hutter, P.C. Block, D.M. Catanzano, P.J. White (1979): **Type A behavior and angiographic findings**. Journal of Psychosomatic Research, 23, 273-276

Dotres Martínez, C., M. Álvarez Alonso, T. Guerrero Rodríguez y F. Morales Calatayud (1980): **La madre acompañante en Cuba**. Sus beneficios y educación. Boletín Médico del Hospital Infantil de México, Vol. 37, No. 4, 791-801

Dryfoos, J. (1993): **Schools as places for health, mental health and social services**. Teachers College Record, Vol. 94, No. 3, 540-567

Dunbar, F. (1943): **Psychosomatic diagnosis**. New York: P.B. Hoeber

Duncan, D.F. (1991): **Health psychology and clinical psychology: A comparison through content analysis**. Psychological Reports, Vol. 68, No. 2, 585-586

Duncan, D.F. (1990): **Health education and health psychology: a comparison through content analysis of representative journals**. Psychological Reports, Vol. 66, No. 3, 1057-1058

Edreira Pérez, A., A. Casal Sosa (1987): **Experiencias en la aplicación de un plan de actividades de psicología en la atención primaria**. En: F. Morales Calatayud (Ed.): Psicología de la Salud en la Atención Primaria, págs. 49-54. La Habana: Palacio de las Convenciones

Engels, F. (1974, original 1845): **La situación de la clase obrera en Inglaterra**. La Habana: Ciencias Sociales

Epstein, L.H. (1992): **Role of behavior theory in behavioral medicine.** Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 60, No. 4, 493-498

Erfurt, J.C., A. Foote, M. Heirich (1992): **The cost-effectiveness of worksite wellness programs for hypertension control, weight loss, smoking cessation, and exercise.** Personnel Psychology, Vol. 45, No. 1, 5-27

Ewart, Craight K. (1991): **Social action theory for a public health psychology.** American Psychologist, Vol. 46, No. 9, 931-946

Feletti, G., D. Firman, R. Sanson-Fisher (1986): **Patient satisfaction with primary-care consultations.** Journal of Behavioral Medicine, Vol. 9, 389-399

Fincham, S. (1992): **Community health promotion programs.** Social Science and Medicine, Vol. 35, No. 3, 239-249

Fisher, L., D. Ransom, H. Terry, S. Burge (1992): **The California Family Health Project.** Family Process, Vol. 31, No. 4, 399-419

Font, A. (1988): **Niveles de ansiedad y depresión en pacientes neoplásicos ambulatorios.** En: J. Santacreu (Comp.): Modificación de Conducta y Psicología de la Salud, págs. 269-278. Promolibro: Valencia

Friedman, H.S, DiMatteo, M.R. (1989): **Health Psychology.** Englewood Cliffs: Prentice Hall

Friedman, H. (1993): **Promoting the health of adolescents in the United States of America: A global perspective.** Journal of Adolescent Health, Vol. 14, No. 7, 509-519

García Averasturi, L. (1994): **Dos décadas de investigación de**

psicología de la salud en América Latina (1972-1992). Boletín del Ateneo Juan César García, Vol. 2, No. 1, 39-51

Garfield, E. (1986): **Psychoneuroimmunology, a new facet of the mind-body dialogue.** Current Contents, Life Sciences, 29, May 5, 2-5

Gatchel, R., A. Baum (1983): **An introduction to health psychology.** New York: Addison-Wesley

Glass, D.C. (1989): **Psychology and health: Obstacles and opportunities.** Journal of Applied Social Psychology, Vol. 19, No. 14, 1145-1163

González Rey, Fernando (1994): **Psicología, Modo de Vida y Salud.** La Habana: Editorial Felix Varrelá

Hamburg, D., Norman Sartorius (1989): **Health and Behaviour: Selected perspectives.** World Health Organization. Cambridge: Cambridge University Press

Harburg, E., J.C. Erfurt, L.S. Hauenstein, C. Chape, W.J. Scull, M.A. Schork (1973): **Socioecological stress, suppressed hostility, skin color, and black-white male blood pressure: Detroit.** Psychosomatic Medicine, 35, 276-296

Harkness, S., Ch. Super (1994): **The developmental niche: A theoretical framework for analyzing the household production of health.** Social Science and Medicine, Vol. 38, No. 2, 217-226

Harper, S.H., R.A. Anderson, W.T. Anderson (1993): **Stress and family health.** Contemporary Family Therapy International Journal, Vol. 15, No. 2, 169- 178

Hirschman, R.S., H. Leventhal (1989): **Preventing smoking**

behavior in school children: An initial test of a cognitive-developmental program. Journal of Applied Social Psychology, Vol. 19, No. 7, 559-583

Holmes, T.H., R.H. Rahe (1967): **The social readjustment rating scale.** Journal of Psychosomatic Research, 11, 213-218

Holtzman, W.H., R.I. Evans, S. Kennedy, I. Iscoe (1988): **Psicología y salud. Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de la salud.** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 105 (3), 245-282

Horowitz, M., C. Schaefer, D. Hiroto, N. Wilner, B. Levin (1977): **Life events questionnaires for measuring presumptive stress.** Psychosomatic Medicine, 39, 413-431

Infante Pedreira, O. (1987): **Algunas experiencias de trabajo de psicología en policlínicos con médicos de familia.** En: F. Morales Calatayud (Ed.): La Psicología de la Salud en la Atención Primaria, págs. 72-101. La Habana: Palacio de las Convenciones

Jansen, M.A., G.J. Methorst, J.Kerkhof (1991): **Health Psychology in International Perspective: A summary and some thoughts for the future.** En: M.A. Jansen and J. Weinman (Eds.): The International Development of Health Psychology, págs. 165-171. Chur: Harwood Academic Publishers

Jansen, M.A., J. Weissman (1991): **The International Development of Health Psychology.** Chur: Harwood Academic Publisher

Janz, N.K., M.H. Becker (1984): **The Health Belief Model; A Decade Later.** Health Education Quarterly. Vol. 11, no. 1, Spring, 1-47

Jenkins, C.D., R.H. Rosenman, S.J. Zyzanski (1974): **Prediction of of clinical coronary heart disease by a test for the coronary-prone behavior pattern.** New England Journal of Medicine, 290, 1271-1275

Kaplan, R.M. (1990): **Behavior as the central outcome in health care.** American Psychologist, 45, 1211-1220

Kelly, R.B., S.J. Zyzanski, S.A. Alemagno (1991): **Prediction of motivation and behavior change following health promotion: Role of health beliefs, social support and self efficacy.** Social Science and Medicine, Vol. 32, No. 3, 311-320

Koop, C.E., J. Luoto (1982): **"The health consequences of smoking: Cancer": Overview of a report of the Surgeon General.** Public Health Reports, 97, 318-324. Citado por B.L.Bloom (1988): Health Psychology. A psychosocial perspective. Englewood Cliffs: Prentice Hall

Kristiansen, S., K. Soderstrom (1991): **Cuban health psychology: a priority is the primary health care sistem.** En: Mary A. Jansen and John Weinman (Eds.): The International Development of Health Psychology, págs. 75-82. Chur: Harwood Academic Publishers

Kulbok, P.A., J. Baldwin (1992): **From preventive health behavior to health promotion: Advancing a positive construct of health.** Advances in Nursing Science, Vol. 14, No. 4, 50-64

Lalonde, M. (1988): **Health services managers or managers of health.** The Andrew Patullo Lecture, The Journal of Health Administration Education, 6: 1, 71-83, Winter

Lancet, Editorial (1987): **Depression, Stress and Immunity.** Lancet, June 27

Leavell, H.R., E.G. Clark (1965): **Preventive medicine for the doctor and his community**. An epidemiological approach. New York: McGraw-Hill

Ley, P., M. Spelman (1967): **Communicating with the patient**. London: Staples Press

Maier, S.F., I. Watkins, M. Fleshner (1994): **Psychoneuroimmunology**. The interface between behavior, brain and immunity. American Psychologist, Vol. 49, No. 12, 1004-1017

Marín, B. (1984): **Grupo de Trabajo en Psicología de la Salud y Medicina Conductual**. Sociedad Interamericana de Psicología

Marteau, T.M., M. Johnston (1987): **Health psychology: The danger of neglecting psychological models**. Bulletin of British Psychological Society, 40, 82-85

Martínez Calvo, S. (1994): **La promoción de salud en la estrategia sanitaria cubana**. Serie Estudios Interdisciplinarios en salud. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Matarazzo, J.D. (1980): **Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology**. American Psychologist, 35, 807-817

Miller, N.E. (1983): **Behavior Medicine: Symbiosis between laboratory and clinic**. Annual Review of Psychology, Vo. 34, No. 1, 1-31

Miller, N.E. (1969): **Learning of visceral and glandular responses**. Science, 163, 434-445

Minsap (Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba)

(1987): **Programa de desarrollo de la Psicología de la Salud.** La Habana: Ciencias Médicas

Mira, J.J., J. Vitaller, J. Arranaz, J.F. Herrero, J.A. Buil (1992): **La satisfacción del paciente: Conceptos y aspectos metodológicos.** Revista de Psicología de la Salud/Journal of Health Psychology, Vol. 4, No. 1, 89-116

Mora Carrasco, F., y P. Hersch Martínez (1990): **Introducción a la medicina social y salud pública.** México: Trillas

Morales Calatayud, F., G. Ruíz Rodríguez (1981): **Temas relevantes en la investigación de aspectos psicosociales en salud.** En: Reflexoes sobre a prática da psicologia. Cadernos PUC no. 11, Pontificia Universidade Católica de Sao Paulo, págs. 29-34. Sao Paulo: Cortez Editora

Morales Calatayud, F., R. Azcaño Rodríguez (1987): **El marco conceptual de la psicología de la salud en la atención primaria.** En: F. Morales Calatayud (Ed.): Psicología de la Salud en la Atención Primaria, págs. 24-33. La Habana: Palacio de las Convenciones

Morales Calatayud, F., M. Roca Perara (1988): **Problemas metodológicos del estudio del estrés como factor de riesgo a nivel de la comunidad.** Memorias del Encuentro Latinoamericano de Psicología Marxista y Psicoanálisis, vol. 1, págs. 7-10. La Habana: Edición de la Universidad de La Habana

Morales Calatayud, F., J.A. Piña López (1995): **La psicología y la salud al final del siglo XX: aproximación crítica desde la psicología como disciplina y profesión.** Revista Psicología y Salud, Universidad Veracruzana, Vol. 6, diciembre

Morales Calatayud, F. (1977): **Psicología aplicada a la rehabilitación.** En: Selección de Lecturas de Psicología Clínica,

págs. 44-68. La Habana: Editorial de la Universidad de La Habana

Morales Calatayud, F. (1995): **La psicología en los servicios de salud**. Experiencias de trabajo en Cuba (conferencias en la Universidad de Buenos Aires). La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana

Morales Calatayud, F. (1987): **Algunas referencias sobre la organización del trabajo de psicología en la atención primaria**. En: F. Morales Calatayud (Ed.): Psicología de la Salud en la Atención Primaria, págs. 104-108. La Habana: Palacio de las Convenciones

Morales Calatayud, F. (1991b): **El estrés psicológico como factor de riesgo de enfermar: su atención en el nivel primario**. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 7, No. 1, 27-47

Morales Calatayud, F. (1990): **Procedimientos de evaluación de factores psicosociales de riesgo de enfermar**. Revista Interamericana de Psicología, Vol. 24, No. 2, 215-220

Morales Calatayud, F. (1991): **La promoción de salud como problema de la psicología en la atención primaria**. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. 7, No. 4, 362-370

O.M.S. (Organización Mundial de la Salud) (1979): **Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2 000**. Ginebra: Organización Mundial de la Salud

Oldenburg, B., N. Owen (1991): **Health Psychology in Australia**. En: Mary Jansen and John Weinman (Eds.): The International Development of Health Psychology, págs. 53-62. Chur: Harwood Academic Publishers

Oliva, L. y C. Trujillo (Eds.) (1984): **Psicología soviética y problemas clínicos**. La Habana: Edición del Hospital Psiquiátrico de La Habana

Ordóñez Carceller, C., P. Pons Bravet, L. Gil Toledo, M. T. Abreu, R. Mazorra, I. Morell (1987): **El Círculo de Abuelos, una respuesta a necesidades biopsicosociales de los ancianos**. Revista Cubana de Medicina General Integral, vol. 3, no. 1, págs. 23-26

Ortíz Viveros, G.R. (Coord.) (en prensa): **Psicología de la Salud. La experiencia mexicana**. Jalapa: Universidad Veracruzana

Palacio de las Convenciones (1992): Memorias de la Conferencia Internacional Psicología de la Salud'92, La Habana

Palacios Venegas J.J., y Emilia Lucio Gómez Maqueo, (Eds.) (1993): Memorias del 1er. Congreso Internacional de Psicología y Salud. México: Edición de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y la Sociedad Médica del Hospital General del México

Palmonari, A., B. (1990): **Psicología Social de la Comunidad**. Buenos Aires: Nueva Visión

Pérez Lovelle, R. (1987): **La psiquis en la determinación de la salud**. La Habana: Editorial Científico Técnica

Piña López, J.A. (Comp.) (1994): **SIDA: Perspectiva psicológica de un problema de salud mundial**. Hermosillo: Editorial de la Universidad de Sonora

Piña López, J.A., F. Obregón S., V. Corral, Y. Márquez M (1995): **¿Constituye la Medicina Conductual una alternativa multidisciplinaria de la psicología para el campo de la salud?**. En: C. Carpio, E. Díaz y J.J. Sánchez-Sosa (Eds.): Aplicaciones del conocimiento psicológico. México: UNAM-

Sociedad Mexicana de Psicología

Piña López, J.A. (Comp.) (1992): **Psicología y Salud. Aportes del Análisis de la Conducta.** Hermosillo: Unison

Pomerlau, O., J. Brady (1979): **Introduction: The scope and promise of behavioral medicine.** En: O. Pomerlau and J. Brady (eds.): Behavioral medicine: Theory and practice. Baltimore: Williams & Wilkins

Prokhorov, A.V., Ch. Perry, S. Kelder, K.I. Kleep (1993): **Lifestyle values of adolescents: Results from Minnesota Heart Health Youth Program.** Adolescence, Vol. 28, No. 111, 637-647

Puska, P. (1984): **Community-based prevention of cardiovascular disease: The North Karelia project.** En: J. D. Matarazzo, J. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller and S. M. Weiss (Eds.): Behavioral health -A handbook of health enhancement and disease prevention, págs. 1140-1147. New York: Wiley

Quadrel, M.J., R.R. Lau (1989): **Health promotion, health locus of control, and health behavior: Two field experiments.** Journal of Applied Social Psychology, Vol. 18, 1427-1521

Ramos Domínguez, B., J. Aldereguía Henríques (1991): **Medicina Social y Salud Pública en Cuba.** La Habana: Editorial Pueblo y Educación

Resik Habib, P. (1986): **Evolución histórica de la interpretación causal de las enfermedades.** Revista Cubana de Administración de Salud, Vol. 12, No. 1, 50-66

Ribes, E., S. Sánchez (1990): **El problema de las diferencias individuales: un análisis conceptual de la personalidad.** En:

E. Ribes: Problemas conceptuales del análisis del comportamiento humano. México: Trillas

Ribes, E. y F. López (1985): **Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico**. México: Trillas

Ribes, E. (1990): **Psicología y Salud. Un Análisis Conceptual**. Barcelona: Martínez Roca

Ribes, E. (1982): **El Conductismo. Reflexiones críticas**. Barcelona: Fontanella

Rimpela, M., A. Rimpela, O. Rakhonen, J. Teperi (1988): **The evolution of the juvenile health habit study 1977-1985**. En: R. Anderson, J. K. Davies, I. Kickbusch, D. V. McQueen and J. Turner (Eds.): Health Behavior Research and Health Promotion, págs. 154-151. Oxford: Oxford University Press

Robles, H., M.C. Santiago (1988): **La reactividad cardiovascular como factor de riesgo**. En: J. Santacreu (comp.): Modificación de conducta y psicología de la salud, págs. 417-428. Valencia: Promolibro

Rodríguez Ortega, G., R. Hernández Pozo y T. Ramos Pérez (1993): **Panorama preliminar del estado de la investigación en psicología de la salud en Latinoamérica**. En: J.J. Palacios Venegas y E.L. Gómez Maqueo (Eds.): Memorias del 1er. Congreso Internacional de Psicología y Salud, págs. 271-280. México: Edición de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y la Sociedad Médica del Hospital General de México

Rosen, G. (1974): **Locura y Sociedad. Sociología histórica de la enfermedad mental**. Madrid: Alianza Editorial

Ruíz Rodríguez, G. (1987): **La psicología en los programas de formación de médicos en la atención primaria**. En: F. Morales

Calatayud (Ed.): *Psicología de la Salud en la Atención Primaria*, págs. 66-71. La Habana: Palacio de las Convenciones

Saforcada, E. (1992): **Introducción al libro Psicología Comunitaria. El enfoque ecológico contextualista de James G. Kelly y otros.** Buenos Aires: Centro Editor de América Latina

Said, H.M.(1980): **El Canon de la Medicina, monumento del arte de curar.** El Correo de la UNESCO, octubre. Citado por P. Pesik (1986): Evolución histórica de la interpretación causal de las enfermedades. Vol. 12, No. 1, 50-66

Salleras Sanmarti, L., M. Asenjo Sebastián (1990): **Asistencia secundaria y terciaria.** En: Piédrola Gil y cols.: *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 8va. Edición. Madrid: Salvat Editores

San Martín, H. (1984): **Crisis Mundial de la Salud. ¿Salud para nadie en el año 2000?** Madrid: Ciencia

San Martín, H. (1983): **Ecología Humana y Salud. El hombre y su ambiente.** México: La Prensa Médica Mexicana

Santacreu, J. (1988): **La técnica del biofeedback: desarrollo histórico y valoración de su eficacia.** págs. 87-118 En: J. Santacreu (comp.): *Modificación de conducta y psicología de la salud*. Valencia: Promolibro

Scherwitz, L., L.E. Graham, G. Grandits, J. Buehler, J. Billings (1986): **Self-involvement and coronary heart disease incidence in the multiple-risk factor intervention trial.** *Psychosomatic Medicine*, 49, 302-312

Scherwitz, L., R. McKekvain, C. Laman, J. Patterson, L. Dutton, S. Yusin, J. Lester, I. Kraft, D. Rochelle, R. Leachman (1983): **Type A behavior, self-involvement, and coronary atherosclerosis.** *Psychosomatic Medicine*, 45, 47-57

Schmidt, L.R., G.E. Dlugosch: Health Psychology within the european health systems. En: M.A. Jansen and J. Weinman: The International Development of Health Psychology, págs. 33-52. Chur: Harwood Academic Publishers Schwartz, G.,

S. Weiss (1978): **What is Behavioral Medicine.** Journal of Behavioral Medicine. Vol. 1, 249-251

Schwarzer, R., A. Leppin (1989): **Social support and health; A meta-analysis.** Psychology and Health, Vol. 3, No. 1, 1-15

Seeman, J. (1989): **Toward a model of positive health.** American Psychologist, Vol. 44, No. 8, 1099-1109

Selye, H. (1956): **The stress of life.** New York, McGraw-Hill

Shapiro, D. (1993): **New strategies in the behavioral management of hypertension.** En: J.J. Palacios Venegas y E.L. Gómez Maqueo (Eds.): Memorias del 1er. Congreso Internacional de Psicología y Salud, págs. 305-308. México: Editadas por la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y la Sociedad Médica del Hospital General de México

Sigerist, H.E. (1941): **Medicine and Human Welfare.** New Haven: Yale University Press

Sociedad Mexicana de Psicología (1995): Resúmenes del VII Congreso Mexicano de Psicología, México

Sokolov, E. y E. Belova (1986): **Emotions and heart disease.** Moscow: Mir Publisher

Steuart, G.W. (1993): **Social and behavioral change strategies.** Health Education Quarterly, Suppl. 1, 8113-8135

Stone, G.C. (1979): **Psychology and health.** En G. C. Stone, F.

Cohen, N. E. Adler and Associates: **Health Psychology**. San Francisco: Josey-Bass

Stone, G. C., F. Cohen, N. E. Adler and Associates (1979): **Health Psychology**. San Francisco: Josey-Bass

Szasz, T.S., M.H. Hollender (1956): **A contribution to the philosophy of medicine: The basic models of the doctor-patient relationship**. Archives of Internal Medicine, 97, 585-592
Stone, George (1991): **An International Review of the Emergence and Development of Health Psychology**. En: M. Jansen and J. Weinman (Eds.): The International Development of Health Psychology, págs. 3-18. Chur: Harwood Academic Publisher

Stone, G.C. (1988): **Psicología de la Salud, una definición amplia**. Revista Latinoamericana de Psicología, vol. 20, no. 1, 15-26

Taylor, S. (1990): **Health psychology: The science and the field**. American Psychologist, Vol. 45, No. 1, 40-50

Taylor, C.B., N. Owen (1989): **Behavior medicine: Research and development in disease prevention**. Behavior change, Vol. 6, No. 1, 3-11

Taylor, S.E. (1986): **Introduction to health psychology**. New York: Random House

Terris, M. (1992): **Tendencias actuales en la salud pública de las Américas**. En: Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica No. 540, págs. 185-204: Washington: Organización Panamericana de la Salud

Theorell, T. (1986): **Research on stress and health in Sweden from 1950 to 1985**. Advances, Vol. 3, No. 4, 92-104

Theorell, T. et al. (1985): **Psychosocial and physiological factors in relation to blood pressure at rest. A study of swedish men in their upper twenties.** Journal of Hypertension, Vol. 3

Theorell, T. (1982): **Review of research on life events and cardiovascular illness.** Advanced Cardiology, 29

Torres Fermán, I. y F.J. Beltrán (1986): **Psicología de la Salud. Campos y Aplicaciones.** Jalapa: Universidad Veracruzana

Urbina Soria, J., G. Rodríguez (1993): **El psicólogo en el sector salud en México.** En: J.J. Palacios Venegas y E. L. Gómez Maqueo (Eds.): Memorias del 1er. Congreso Internacional de Psicología y Salud, págs. 349-360. México: Edición de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y la Sociedad Médica del Hospital General de México

Vera Noriega, J.A., J.M. Moreno, S., Domínguez, S. Beltrán, N. R. Sandoval, Z. López, J. Laborín (1992): **Psicología y atención primaria en salud en zonas rurales: diagnóstico y propuesta.** En: J.A. Piña López (Comp.): Psicología y Salud. Aportes del análisis de la conducta, págs. 144-196. Hermosillo: Editorial Unison

Villamarín Cid, F. (1988): **Evaluación de los aspectos "subjetivo" y "conductual" del dolor de cabeza.** En: J. Santacreu (comp.): Modificación de conducta y psicología de la salud, págs. 207-214. Valencia: Promolibro

Ware, J., R. Hays (1988): **Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters.** Medical Care, Vol. 26, 393-402

Weinman, J. (1991): **Determinants of Health Psychology's Development.** En: M.A. Jansen and J. Weinman (Eds.): The International Development of Health Psychology, págs. 159-164. Chur: Harwood Academic Publishers

Weiss, S.M. (1993): **Behavioral medicine and health psychology: opportunity and challenges.** En: J.J. Palacios Venegas E.L. Gómez Maqueo (Eds.): Memorias del 1er. Congreso Internacional de Psicología y Salud, págs. 401-408. México: Editadas por la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. y la Sociedad Médica del Hospital General de México

Weiss, G. (1988): **Patient satisfaction with primary medical care.** Medical Care, Vol. 26, 383-392

Weissberg, R.P., E. Maurice (1993): **Enhancing young people's social competence and health behavior: An important challenge for educator, scientists, policymakers and funders.** Applied and Preventive Psychology, Vol. 2, No. 4, 179-190

White, F. (1990): **La epidemiología y el fomento de la salud. Una perspectiva canadiense.** Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108, No. 1. Citado por: S. Martínez Calvo (1994): La Promoción de Salud en la estrategia sanitaria cubana. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas

Wynder, E.L. (1994): **Child Health Day task forces report: Introduction: Toward national comprehensive school health education.** Preventive Medicine, Vol. 23, No. 1, 106-118

Esta obra se terminó de imprimir en el mes de mayo de 1997
en la Imprenta de la Universidad de Sonora.
Tiraje 500 ejemplares más reposición.

Diseño y formación:

Maestría en Psicología.

