

# 1

## **Introducción a la Psicología de la Salud desde un enfoque psicosocial**

José María León Rubio

### **Objetivos**

Esperamos que al final de este capítulo el lector sea capaz de:

- Diferenciar las distintas definiciones de salud que se exponen en el mismo.
- Explicar el concepto de salud propuesto por el autor.
- Argumentar en favor de la definición de Psicología de la Salud que se propone.
- Identificar los hechos que han dado lugar al desarrollo de la Psicología de la Salud en España.
- Ejemplificar las distintas contribuciones que la Psicología Social a las diversas áreas de intervención e investigación de la Psicología Social de la Salud.

### **1. Introducción.**

Han pasado ya más de 150 años desde que el Dr. William Henri Duncan, un médico de cabecera de Liverpool, llevara a cabo el que probablemente sea el

primer estudio epidemiológico de nuestra época con el fin de conocer las condiciones de las viviendas de sus pacientes para descubrir que un tercio de los habitantes del área central de Liverpool se hacinaba, en una media de 16 personas por habitación, en inmundos sótanos con suelo de tierra, carentes de ventilación y sin las más elementales medidas de seguridad e higiene. La reacción de Duncan fue ciertamente heterodoxa para los gustos médicos de la época: estas condiciones materiales producen un desenfreno de las fiebres que suele ser característico de una serie de enfermedades del hacinamiento de entre las que destacan la tuberculosis, la neumonía, la tosferina, el sarampión y la viruela. Aquello ocurría en 1830 y en 1847 el Dr. Duncan fue nombrado Jefe Local de Salud y puso manos a una obra de la que estaba hartamente convencido: la mejora en el nivel de salud de la población requiere una intervención urgente sobre las condiciones de vida.

Desde la modesta investigación de Duncan hasta el informe *Black* en el Reino Unido (Townsend y Davidson, 1980) o el de Lalonde (1974) en Canadá, se ha congregado una serie de datos que apoyan un hecho que para la Psicología debe resultar de enorme trascendencia: la incidencia de una multiplicidad de factores completamente ajenos a la estructura biológica del sujeto que representan un papel de singular trascendencia en el binomio salud-enfermedad. Unas, como las que mencionaba Duncan, son variables que se desprenden de las condiciones materiales en las que se desenvuelve la existencia del sujeto; otras se derivan de su pertenencia étnica, cultural o subcultural y tienen que ver con los valores, creencias y representaciones socialmente compartidas sobre la salud y las hay que tienen que ver con algunos rasgos y estilos de corte más personal. Por tanto, la estructura de análisis de la Psicología, y especialmente de la Psicología Social, podría arrojar luz sobre los procesos implicados en la pérdida de la salud, su mantenimiento y potenciación.

A nuestro juicio, una de los principales logros de la Psicología Social durante los últimos años, ha sido la definitiva y sólida incorporación a su quehacer científico, a sus preocupaciones aplicadas, a su estructura de teoremas y significados, a su entramado conceptual, de muchos de los extremos relacionados con el polisémico concepto de salud (baste recordar aquí, v.g., las obras colectivas de Sanders y Suls, 1983; Baum, Taylor y Singer, 1984; Spacapan y Oskamp, 1987; Barriga, León, Martínez y Fernández, 1990), cuyo análisis previo consideramos imprescindible para abordar de forma adecuada la definición y el desarrollo de la Psicología de la Salud, así como las aportaciones de la Psicología Social a ésta, dentro de nuestro contexto sociocultural.

## 2. Conceptualizaciones del término «salud».

Sobre el concepto de salud han venido operándose una serie de transformaciones que conllevan profundas implicaciones sociales. Cambios que no sólo han sido desarrollados desde posiciones científico-académicas y profesionales, sino también por otros agentes sociales (asociaciones de usuarios, líderes sociales y políticos, etc.) que tienen hoy una conciencia de lo que es y de lo que implica la salud muy diferente a la que tradicionalmente ha prevalecido en nuestra sociedad y que se caracterizaba de forma fundamental por identificar la salud como la simple ausencia de enfermedad.

La ampliación experimentada por el concepto de Salud, hasta el punto de incluir en ella la dimensión social del proceso salud-enfermedad, ha venido motivada por los siguientes hechos:

- El **desarrollo del conocimiento biomédico** que ha permitido reducir el riesgo de padecer enfermedades infecto-contagiosas, estando ahora en disposición de cubrir objetivos mucho más ambiciosos.
- El **fracaso de los sistemas sanitarios** cuya concepción restrictiva y descontextualizada de la salud no ha resultado socialmente satisfactoria, al no cubrir las demandas y expectativas de la población.
- A lo anterior debemos añadir el hecho de que en la actualidad estamos en disposición de comprender que, en un alto porcentaje, **a los problemas de salud subyacen variables sociales y de comportamiento** que antes no habían sido contempladas. Entre estos factores, basta citar como ejemplos, desde el acceso diferencial a los servicios sanitarios en función de la posición que se ocupa en la estructura social, pasando por el impacto negativo que sobre nuestra salud tiene el deterioro progresivo de nuestro entorno físico, al importante papel que desempeñan ciertos estilos de comportamiento en la etiología y desarrollo de las enfermedades de mayor morbilidad y mortalidad que afectan a nuestra sociedad (enfermedades cardiovasculares, respiratorias, cáncer, etc.).

Por todo ello, el concepto de salud ha evolucionado desde una definición tópica, «ausencia de enfermedad o invalidez», a un concepto probablemente utópico (aunque esto no quita que no pueda y quizá deba ser concebido como meta hacia la que tender) de salud como «estado de bienestar completo, físico, mental y social» (O.M.S., 1983). De este modo, la salud se convierte en algo que afecta a

todos los estamentos sociales y repercute sobre todos, y donde es necesario reconocer la importancia de las variables biológicas, psicológicas y sociales en la determinación y explicación de la misma.

Ahora bien, para muchos autores los nuevos conceptos de Salud surgidos de la Conferencia de Alma Ata no son más que una mera declaración de intenciones o, en el mejor de los casos, un análisis y diagnóstico general de la situación que exige un mayor nivel de especificidad para que pueda plasmarse en resultados concretos. Es decir, al mismo tiempo que evidenciamos la necesidad de remodelar y modificar nuestras concepciones sobre la Salud y, por consiguiente, nuestra percepción acerca de qué se puede y debe esperar de los sistemas sanitarios, hemos de hacer importantes esfuerzos por operacionalizar el concepto de salud. En este sentido, revisaremos a continuación las ventajas y objeciones que presentan las distintas conceptualizaciones del susodicho término.

Respecto a la concepción clásica de la salud como «ausencia de enfermedad o invalidez», se ha afirmado que ésta es irreal e inoperante, dado que:

- Obliga a trazar una división artificial entre lo normal y lo patológico, lo que no siempre es posible.
- Concibe el concepto de normalidad como algo fijo y estable, cuando muy al contrario, varía con el tiempo.
- Y al estar definida por lo que no es, resulta ser inútil.

En segundo lugar, nos encontramos con la definición de la O.M.S. antes reseñada. Ésta supone un claro avance respecto a la concepción clásica al definir la salud en términos positivos, incluir lo psicosocial y propiciar la interdisciplinariedad en su análisis. Pese a ello, también se le han planteado algunas objeciones, entre las que destacamos las siguientes:

- Equipara bienestar a salud, lo que no siempre es cierto.
- Se trata de una declaración de intenciones más que de posibilidades reales.
- Resulta estática, al considerar la salud como un absoluto, sin tener en cuenta sus distintos grados.

Según Terris (1980; citado en Salleras, 1985), esta definición podría mejorarse eliminando de ella el término «completo» (que hace referencia a un valor absoluto), con lo cual estaríamos ante una definición más dinámica. Además, considera este autor que la salud tiene un aspecto objetivo (capacidad de funcionamiento

en distintos grados) que debería incluirse. Así, la salud sería definida como «un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente (como) la ausencia de afecciones o enfermedades». En nuestra opinión, esta aportación presenta el inconveniente de que es posible la presencia conjunta de salud (en el sentido de bienestar y capacidad de funcionar en diferentes grados) y ciertas enfermedades que no producen malestar, ni limitan la capacidad de funcionar (v.g., el cáncer de útero en fase pre-sintomática).

Recogiendo estas aportaciones al concepto de salud, Salleras (1985) propone un concepto dinámico de salud, en el que ésta queda definida como «el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad». Aun a sabiendas de que dicha definición presenta el riesgo de ser contextualizada atendiendo exclusivamente a criterios geopolíticos (no es lo mismo instrumentar esta definición en un país desarrollado que en uno sometido a las condiciones del subdesarrollo), consideramos que supone un cambio cualitativo respecto a las anteriores, ya que apunta a que la salud no es sólo un estado, sino también un proceso que podría operativizarse en el sentido del desarrollo de un recurso positivo para potenciar la autorrealización de los individuos, grupos y comunidades; es decir, un recurso que posibilite un estilo de vida facilitador (a) del control adaptativo de la homeostasis fisiológica de los individuos, (b) del desarrollo de su capacidad funcional y (c) de su competencia comportamental y psicosocial para hacer frente a las demandas del medio.

Según esto, la comprensión del papel que el estilo de vida prevalente en un contexto sociocultural determinado juega en la determinación del continuo salud-enfermedad es fundamental para entender la necesidad de que la Psicología, y más especialmente la Psicología Social, aporte sus conocimientos a la configuración de un nuevo modo de analizar los problemas relacionados con la salud y la enfermedad, así como los derivados de la administración y gestión de los Servicios de Salud. La Psicología de la Salud, pues, emerge cuando el estilo de vida comienza a ser considerado como un relevante factor etiológico y patogénico.

### **3. El estilo de vida como factor etiológico y patogénico: Definición y desarrollo de la Psicología de la Salud.**

Como apuntamos antes son ya numerosos los estudios de carácter epidemiológico en los que se pone de manifiesto que entre los principales determinantes

de la salud -biología humana, medio ambiente, sistema de asistencia sanitaria y estilo de vida- es este último el que tiene un efecto relativo más significativo. En efecto, fumar tabaco, beber alcohol en exceso, comer demasiado, no hacer ejercicio y vivir en un estado de estrés permanente son algunos de los factores de comportamiento que predisponen a la enfermedad y que forman parte del llamado "estilo de vida nocivo". Por ello, hoy más que nunca, los profesionales del sistema de salud afirman con particular énfasis que la salud es algo que está en nuestras propias manos, instándonos a promover cambios en nuestra conducta que faciliten eludir la enfermedad y disfrutar de un estado de bienestar anímico, social y físico, como recurso positivo para una mejor adaptación a nuestro medio.

Después de lo expresado parece innecesario señalar que la Psicología como ciencia del comportamiento tiene mucho que decir sobre la salud y sus implicaciones. El estudio de las complejas relaciones existentes entre el comportamiento y la salud ha dado lugar a la aparición de una nueva disciplina psicológica, la Psicología de la Salud, de cuya definición nos ocupamos seguidamente.

Según Stone (1988), la Psicología de la Salud se define como la aplicación de cualquier concepto, aspecto o técnica psicológica a la problemática de la Salud, pudiéndose agrupar en torno a tres grandes núcleos las actividades de los psicólogos en este ámbito:

- **Nivel de la intervención**, que cubre el amplio espectro que va desde la investigación básica en Salud hasta la evaluación de los programas de salud, pasando por el diseño, la selección y la ejecución de los mismos.
- **Objetivo** de dichas intervenciones, que pueden centrarse en el individuo concreto (paciente o usuario de los servicios de salud), en los sujetos relacionados con él, en las personas que directa o indirectamente trabajan en el sistema de salud, en los aspectos psicosociales de las propias organizaciones de salud o en la totalidad del sistema de salud.
- Finalmente, el **tipo de intervenciones** desarrolladas, que pueden ir desde la modificación de procesos psicofisiológicos anómalos por medio de la biorretroalimentación, pasando por la realización de programas de modificación de actitudes y comportamientos no saludables, hasta la realización de campañas de educación y promoción para la salud dirigidas a determinadas comunidades o sectores de población.

Todos estos aspectos fueron contemplados por Matarazzo (1980), quien considera que con el término Psicología de la Salud se hace referencia a la «suma de las aportaciones docentes y de educación, profesionales y científicas específicas de la disciplina de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines, y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de políticas sanitarias».

En nuestra opinión, dichas definiciones han cubierto un objetivo histórico facilitando la sistematización de las aportaciones de la Psicología al área de la salud. Ahora bien, todo este trabajo enriquecedor y necesario requiere completarse de tal manera que en la propia definición de Psicología de la Salud quede reflejada la concepción de salud que compartimos hoy en día muchos profesionales. A nuestro entender, los términos en que están formuladas estas definiciones son tan genéricos que permiten englobar bajo una misma categoría contribuciones que parten de concepciones de la salud totalmente opuestas. Además, la mera “suma” de aportaciones (vid. Matarazzo, 1980) no puede dar como resultado un cuerpo teórico y metodológico sistemático, con los consiguientes problemas que esto conlleva; entre otros, la acumulación de datos empíricos, obtenidos de cualquier manera, sin un plano teórico en el que encuadrarlos. Para nosotros, la Psicología de la Salud debería ser entendida como la «integración», y no la mera «suma», de contribuciones que compartan una dimensión básica como es la concepción de salud.

Por todo ello, definiríamos la Psicología de la Salud como un campo de aplicación de los conocimientos teórico-prácticos de la Psicología (en su triple vertiente docente, investigadora y profesional) para lograr los objetivos que el sistema de salud (del que todos formamos parte, no sólo como profesionales, sino también como usuarios) plantea en un contexto sociocultural determinado, partiendo del supuesto de que la salud no es sólo un estado, sino también y fundamentalmente un recurso para la vida.

En nuestro país, el desarrollo de la Psicología de la Salud se ha caracterizado por:

- La expansión de la *modificación de conducta* en la década de los 70.
- La consolidación como campo diferenciado en la década de los 80 gracias, fundamentalmente, a la *labor investigadora* desarrollada en el seno de nuestras *universidades*.

- El *debate* abierto entre los profesionales de la psicología *respecto a la formación especializada en el área de la salud*, así como sobre la ubicación y funciones del psicólogo dentro de los servicios sanitarios.
- La promulgación en 1986 de la *Ley General de Sanidad* que constituye un intento de *reforma sanitaria* orientado prioritariamente a la promoción de la salud, a la educación sanitaria, a la prevención de la enfermedad, y a la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente, aparte de garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud.

Este último acontecimiento abre el ámbito de la salud a los profesionales de la Psicología, en unos términos bien distintos a los de tiempos anteriores. A nuestro juicio, a partir de entonces es cuando realmente podemos comenzar a hablar de una Psicología de la Salud en España, una Psicología que, pese a determinadas denominaciones, se había ocupado fundamentalmente de la salud mental, empleaba de forma principal parámetros de índole personal y seguía aferrada a la tradición clínica, a la que aún se sigue asociando la Psicología de la Salud, pese a que ésta se sustenta en unos supuestos que no responden a los fundamentos de dicha tradición (vid. Santacreu, 1991). Lo que no ha sido un obstáculo para desarrollar trabajos empíricos que han arrojado un importante cúmulo de resultados que van consolidando algunas relaciones de interdependencia entre el estatus de salud y una serie de factores manifiestamente alejados de las tradicionales variables biomédicas, de corte profundamente individualista y clínico. Unos factores que en algunos casos han estado directamente relacionados con tópicos de los que habitualmente se ha venido ocupando la Psicología Social, como la atribución (Nouvillas y Huici, 1990), las representaciones sociales (Páez, 1987; García, Martínez y Barriga, 1990), la facilitación social (Gómez y León, 1990), las habilidades sociales (León, Jarana y Blanco, 1991; Gil, León y Jarana, 1995), el apoyo social (Barrón, 1995), las variables ambientales (Barriga y León, 1991), la clase social (Echeverría, 1986), los factores grupales, organizacionales y ocupacionales (León, Gómez y Durán, 1991; Huici, 1985); sin olvidar el extenso y sustantivo capítulo que la sociología de la salud ha dedicado a la cultura en sus relaciones con los modelos de salud y enfermedad (Donati, 1994). Estas y otras aportaciones, que por razones de espacio es imposible citar aquí, han configurado un enfoque psicosocial de la salud caracterizado por:

- Reconocer el carácter de la Psicología como un servicio público.

- Enfatizar que el punto de inicio de cualquier acción o intervención psicológica es el análisis de las necesidades que en materia de salud tienen los sujetos o elementos que forman parte de un contexto socio-cultural determinado, de tal forma que los valores de salud lo son en cuanto permiten el desarrollo de los miembros de una comunidad determinada.
- Partir de unas premisas salutíferas y no patógenas, al hacer hincapié en el logro de una mayor calidad de vida.
- Considerar al sujeto como actor de las intervenciones psicológicas y no un mero objeto de las mismas.
- Por último, se presenta como un enfoque centrado en el análisis de los procesos de interacción y no de un «objeto social» concreto.

Estar sano o enfermo es siempre un fenómeno social, interactivo, aún sin darnos cuenta. Es decir, son fenómenos sociales que se producen, a veces, independientemente de nuestra voluntad y de los que somos, paradójicamente, protagonistas con una determinada conciencia social del *estar sano o estar enfermo*. Aparece aquí la interrelación de lo público y lo comunitario, lo individual y lo social, en el marco de un concepto, «a priori» abstracto, como es el de salud, y que junto con Salleras (1985) lo entendemos como un proceso, y no a modo de estado al que aspirar, que podría operativizarse en el sentido del desarrollo de un recurso positivo para potenciar la autorrealización de individuos, grupos y comunidades.

Resumiendo, como apuntan Costa y López (1986, pág.17): «La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de la vida, el cuidado y promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud y la muerte misma, acontecen en el *denso tejido social y ecológico* en el que transcurre la historia personal».

Con estos presupuestos sentamos las bases para abordar la cuestión de las áreas de trabajo y líneas de investigación de la Psicología de la Salud, poniendo el énfasis en las aportaciones de la Psicología Social dentro de nuestro contexto sociocultural.

#### 4. Áreas de trabajo y líneas de investigación de la Psicología de la Salud: La aportación de la Psicología Social.

Según nuestro punto de vista sobre la definición de Psicología de la Salud, y tras plantear algunas notas acerca de su desarrollo en nuestro país, la siguiente tarea tiene que ser especificar los objetivos que se plantea el sistema de salud dentro de nuestro contexto sociocultural, con el fin de delimitar las aportaciones que como psicólogos sociales podemos ofertar para la consecución de dichos objetivos. Tomando como referencia el Servicio de Salud de nuestra Comunidad Autónoma, los objetivos esenciales serían:

- El buen uso de los *recursos* disponibles en esta materia, entre ellos los *humanos*, con el fin de elevar el nivel de salud de la población.
- La prestación de sus servicios, de carácter individualizado o *comunitario*, a toda la población.
- El establecimiento y desarrollo de una *organización* adecuada para prestar una atención integral de la salud.

Estos objetivos están fundamentados en una serie de principios tales como: 1) Simplificación, racionalización, eficacia y *coordinación* administrativa. 2) *Descentralización* de la gestión. 3) Actuación con criterios de *planificación y evaluación* continuada. 4) *Distribución equitativa* de sus prestaciones a la población. 5) *Humanización* en la prestación de los servicios. 6) *Participación democrática* de todas las personas integrantes del sistema.

A la luz de estos objetivos y principios que los orientan, es obvio que la Psicología Social es una de las disciplinas psicológicas que más prometedoras e importantes contribuciones puede hacer en el ámbito de los servicios de salud. Como es conocido, la Psicología Social centra su estudio en la interacción o conducta interpersonal. De este modo se refiere, por un lado, a cómo los factores sociales (interacción con otros, ejecución de ciertos roles dentro de un contexto organizativo, pertenencia a determinados grupos, etc.) influyen en la conducta y procesos individuales que incluyen, lógicamente, el funcionamiento biológico. Asimismo, la Psicología Social también hace referencia a cómo los factores y procesos psicológicos individuales (actitudes, estados emocionales, aprendizaje, memoria, etc.) afectan a la conducta de los individuos en su interacción con otros, y la mayor parte de la conducta relacionada con la salud se realiza o aprende en un contexto de interacción social. Por esta razón, una consideración individualista de las rela-

ciones entre comportamiento y salud nos ofrecería un enfoque muy limitado. Parece mucho más conveniente un abordaje psicosocial, centrado en el estudio de las interpretaciones que las personas hacen de las situaciones de interacción, de sus sentimientos y síntomas físicos, del valor que tiene la salud para ellas, de la interacción de los diferentes elementos constituyentes del sistema de salud, de los resultados de la intervención sanitaria, de las comunicaciones públicas o personales acerca de la salud o la enfermedad, y de las restricciones sociales y materiales sobre su conducta (Eiser, 1982).

De este modo, el planteamiento psicosocial puede y debe estar presente en todos los niveles que caracterizan al sistema de salud. Por ello, seguidamente trataremos de dar cuenta de las aportaciones que la Psicología Social puede hacer tanto en el nivel de atención primaria como en el especializado.

El fin de la Atención Primaria es desarrollar la atención integral mediante la adopción de medidas encaminadas al fomento y a la protección de la salud, a la curación y rehabilitación del enfermo, a la educación sanitaria de la población y a la vigilancia sanitaria del medio en que ésta se desenvuelve, potenciando la participación de la comunidad en la gestión de los servicios sanitarios y la responsabilización en el cuidado de su propia salud.

En cuanto a la Asistencia Especializada, su finalidad fundamental es ofrecer a la población los medios técnicos y humanos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación adecuados que, por sus características, no puedan resolverse en el nivel de atención primaria, así como colaborar en la formación de los recursos humanos y en las investigaciones de salud.

De lo expuesto se deducen seis grandes áreas de actuación en las que estarían implicadas tareas de intervención, investigación y formación, a saber:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Identificación de factores de riesgo de tipo psicosocial.
- Diagnóstico o evaluación.
- Tratamiento y cuidado del paciente.
- Rehabilitación y adaptación del paciente a la enfermedad.
- Evaluación, organización y gestión de la atención sanitaria.

#### 4.1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

La psicología española ha demostrado que puede contribuir eficazmente en el diseño e implantación de programas dirigidos a optimar las habilidades personales de los individuos y conseguir sistemas organizacionales más justos y competentes (Barriga, 1992), con el fin de incrementar la calidad de vida de los individuos y mejorar su entorno físico y social. Buenos ejemplos de ello son:

- El diseño de *campañas para promocionar hábitos y estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad*. Merecen ser destacados aquellos programas que, basados en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1982), tratan de ofrecer modelos de conducta asociados al rechazo del hábito de fumar o que emplean estrategias eficaces para resistir las presiones sociales que nos invitan a fumar. En esta línea cabe citar como ejemplo el proyecto de investigación *Efectos del Estatus del modelo sobre la conducta de fumar y las actitudes hacia el tabaco* (Fraga y otros, 1991), que tenía por objetivo averiguar qué modelos eran más efectivos para modificar la conducta de fumar y las actitudes hacia el tabaco. Los modelos de prestigio (deportistas y cantantes famosos de ambos sexos) o los modelos semejantes a los observadores (estudiantes universitarios). Para ello, los investigadores elaboraron grabaciones, en formato publicitario, en las que actuaban como modelos de rechazo de la conducta de fumar sujetos semejantes al observador o personajes de prestigio. Los sujetos fueron expuestos 20 veces a dichas grabaciones, que se presentaron al inicio y al final de una serie de películas que formaban parte del programa de actividades del curso en el que estaban matriculados en la universidad. Los resultados indicaron que la exposición a modelos de prestigio redujo el consumo de tabaco que declaraban los sujetos. Sin embargo, las actitudes hacia «fumar» y hacia el «tabaco» (medidas por medio de escalas de Diferencial Semántico) no mostraron variaciones significativas.

Estas campañas han arrojado resultados muy por debajo de las expectativas puestas en los mismos (vid. Palomares, 1990). Probablemente, esto se ha debido a que este tipo de actividades no siempre han reunido de forma conjunta las tres características que, a nuestro juicio (vid. Martínez y otros, 1988), deben regir la educación sanitaria y que son:

1. Planificación respetuosa con los valores de los individuos y comunidad objeto de la acción.
2. Programación fundamentada en paradigmas y metodologías de carácter científico.

### 3. Formulación participativa.

- Dentro de las actividades de asistencia preventiva de enfermedades, cabría destacar también el **diseño, implantación y evaluación de programas de intervención para el manejo del estrés** (tanto en profesionales como en usuarios de los servicios de salud), reducir la ansiedad y mejorar la asertividad con el objeto de prevenir la aparición de factores de riesgo o modificar conductas relacionadas con éstos.

En relación con esto último, diferentes estudios han puesto de manifiesto que la problemática de las relaciones interpersonales es el área más frustrante y estresante de la vida cotidiana en el marco hospitalario, por lo que realizar entrenamientos en habilidades de comunicación debería ser una parte fundamental en la formación integral del futuro profesional de la salud (vid. Negrillo, Tirado y León, 1992). De esta forma, aparte de mejorar el nivel de salud laboral de estos profesionales, evitaríamos las consecuencias negativas que para la función asistencial tienen los estados emocionales asociados a la frustración y distrés de éstos (en el capítulo cuatro de este libro nos ocupamos de forma más amplia de este tema).

- En este ámbito cobra también una gran importancia la **Salud ambiental**. En este caso, la pretensión de los psicólogos es incidir en aquellas variables que devuelven el protonismo al sujeto en la construcción de su propio entorno, de modo que pueda establecer condiciones ambientales saludables. Expresado de otro modo, en este ámbito, la Psicología tiene por objetivo evaluar, diseñar y planificar el ambiente con el objeto de mitigar o eliminar aquellos factores del mismo que tienen efectos negativos sobre el estado de salud.

Entre tales factores podemos destacar la estructura socio-física de la vivienda, por la estrecha relación existente entre ésta y nuestro estilo de vida. Por ejemplo, la ubicación de la misma puede determinar nuestras relaciones sociales y, por tanto, nuestros grupos de referencia que tan importante papel desempeñan en la formación de actitudes y valores y en el modelado de hábitos que inciden directa o indirectamente en nuestro nivel de salud (Huici, 1985).

Otros estudios dedicados al tema (vid. Kellet, 1989), permiten concluir que posiblemente sean «normales» las respuestas de estrés y ansiedad ante un entorno insatisfactorio (v.g., viviendas no confortables, situadas en zonas carentes de espacios para el esparcimiento y desde las que es difícil acceder a los servicios públicos, etc.), conduciendo tan sólo a la enfermedad, si las posibilidades de modificar nuestro entorno están bloqueadas o tenemos la percepción de que éste es inmodificable.

Por tanto, para mitigar o eliminar los efectos nocivos que sobre la salud pueden ejercer algunos de los factores ambientales apuntados, se requieren nuevas políticas públicas de planificación y diseño urbanístico que fomenten la participación comunitaria en esta tarea, de modo que el ciudadano tenga cada vez más experiencias positivas de control sobre su medio ambiente más inmediato, convirtiéndose así en autogestor de la transformación de éste y, consiguientemente, de sí mismo, al pasar de una situación de alienación o indefensión a otra en la que se ven incrementadas las expectativas de que su comportamiento puede producir los resultados deseados. Para ello es también necesario desarrollar nuevas competencias sociales en el ciudadano, que pueden instaurarse mediante diversos procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales.

Estos procedimientos son cada vez más empleados en los programas de educación ambiental que tienen por objetivo promover en el ciudadano actitudes y comportamientos para el uso adecuado del medio ambiente natural y construido, así como en aquellos que tienen por finalidad proveerle de estrategias de afrontamiento del estrés inducido por la percepción de riesgos ambientales o por haber sufrido los efectos de una catástrofe natural.

A lo expuesto cabe añadir que la instauración en nuestro repertorio de comportamiento de respuestas ecológicamente responsables puede actuar como elemento preventivo de ciertos accidentes y catástrofes naturales que directa o indirectamente afectan a nuestra salud. Buen ejemplo de ello son los incendios forestales que tantos estragos suelen producir en nuestra Comunidad Autónoma y en toda España.

Algunos buenos ejemplos, del trabajo de los psicólogos españoles, sobre el tema pueden consultarse en el número monográfico del año 1987 de la revista *Documentación social. Revista de estudios sociales y de sociología aplicada* que, coordinado por el Profesor José Antonio Corraliza Rodríguez, tenía por título *Ciudad y calidad de vida*.

#### **4.2. Identificación de factores de riesgo de tipo psicosocial.**

Se trata en este caso de determinar los factores psicosociales que contribuyen a que los individuos sean más susceptibles a la acción de ciertos agentes patógenos y de los modos en que el sistema sociocultural afecta a la salud y a la enfermedad a través de la influencia del estilo de vida prevalente en él (Rodríguez Marín, 1992).

Asimismo, se puede y se debe investigar e intervenir en el modo en que la distribución desigual de los recursos sanitarios genera problemas de salud (Durán, 1983).

Una de las principales aportaciones de esta disciplina se refiere al estudio e identificación de las causas de ciertas enfermedades, como las cardiovasculares, asociadas a un estado de «arousal» crónico y elevado del Sistema Nervioso y Neuroendocrino. En esta línea se ha trabajado para identificar los estresores psicológicos y sociales que provocan tales patrones de activación (Bermúdez y Sánchez-Elvira, 1989; Palmero Cantero y García León, 1989).

En este mismo sentido, otra gran área de estudio se centra en la «reactividad psicofisiológica» ante el estrés. Las distintas situaciones y actividades humanas parecen educir diferentes patrones de respuestas fisiológicas. Aunque la reactividad en sí no es un factor de riesgo, se sugiere que dicha reactividad puede ser un índice de los procesos patogénicos implicados en la etiología de las diferentes enfermedades cardiovasculares, interesándose aquí fundamentalmente por la identificación de las dimensiones psicológicas de los estímulos que elicitán la reactividad fisiológica en distintos sujetos, y los patrones de respuestas fisiológicas producidos (Fernández Abascal y Calvo Francés, 1985; Vila y Fernández, 1988).

#### 4.3. Diagnóstico o evaluación.

En el proceso diagnóstico, pueden presentarse tres casos: a) el *análisis de la situación de salud de la comunidad* sobre la que se quiere intervenir, así como el *diagnóstico organizacional del Sistema de Salud* (Barriga, 1988), b) que el diagnóstico principal sea psicológico, como es el caso, entre otros, del establecimiento de un *patrón de conductas responsable de la enfermedad* (Bermúdez, Sánchez-Elvira y Pérez, 1991), y c) que los aspectos psicológicos aporten información complementaria al diagnóstico médico, incluiríamos aquí los *problemas psicosociales asociados al diagnóstico de enfermedades graves* como el cáncer, SIDA, etc. (Martínez y León, 1987), o la evaluación del afrontamiento del estrés (Rodríguez Marín y otros, 1992).

#### 4.4. Tratamiento y cuidado del paciente.

La intervención psicológica cabría contemplarla aquí a dos niveles diferentes: a) uno básico, es decir, un tratamiento en el que las formas y técnicas de inter-

vención son fundamentalmente de carácter psicológico, como es el caso de la aplicación del *biofeedback* o biorretroalimentación al tratamiento de las cefaleas tensionales (Carrobbles y Godoy, 1987), o el uso de técnicas de modificación de conducta para el tratamiento del estreñimiento crónico (Fernández y Vera, 1990), b) uno complementario, cuando los tratamientos psicológicos apoyan otros tipos de intervenciones, como es el caso de la utilización de la información como estrategia de dominio del estrés en pacientes aquejados de cáncer (Durá e Ibañez, 1987; Ibañez, 1988), o el tratamiento conductual en pacientes hemodializados (Felipe Marcet, 1992).

#### **4.5. Rehabilitación y adaptación del paciente a la enfermedad.**

Aquí las intervenciones del psicólogo pueden estar orientadas a la reincorporación del individuo a su medio tras padecer una enfermedad, o en el caso de enfermedades con secuelas invalidantes a prestar apoyo al paciente y su familia para la adaptación a esa nueva situación. Buenos ejemplos de ello son: a) las intervenciones psicológicas para eliminar sesgos cognitivos en pacientes post-infartados y fomentar que desarrollen hábitos de vida saludables (García Huete, 1993, Padierna, Ochoteco y Vázquez Barquero, 1984), y b) los programas de ayuda para lograr el ajuste psicosocial a la enfermedad y el desarrollo de estrategias de afrontamiento de ésta; por ejemplo, fomentar e incentivar la constitución y funcionamiento de grupos de autoayuda en las situaciones familiares y laborales en las que la enfermedad de un miembro ha perturbado el equilibrio de los roles desempeñados en su seno (Rodríguez Marín, Pastor y López Roig, 1993).

#### **4.6. Evaluación, organización y gestión de los servicios de salud.**

Cabe destacar en este caso, el entrenamiento en habilidades de dirección y gestión a los responsables de los distintos centros de salud para que puedan lograr un adecuado clima organizacional que facilite la ejecución de las tareas y funciones del centro, así como optimizar los recursos del mismo (Gil, Jarana y León, 1995). Además, los psicólogos sociales han contribuido a:

- Elaborar *modelos integrados de organización y gestión* de los servicios de salud.
- Crear *equipos de apoyo comunitario* (participación ciudadana) para hacer frente a las necesidades más urgentes de la comunidad.

- Facilitar la *coordinación y funcionamiento del equipo sanitario*.
- Desarrollar programas que generen *actitudes favorables hacia el uso racional y solidario de los servicios de salud*.
- Formar al personal de salud en las modernas técnicas de *organización y aprovechamiento de recursos*, materiales y humanos, con el objeto de mejorar las prestaciones del sistema sanitario.
- Desarrollar *programas para el cuidado del cuidador*. Partiendo del supuesto de que una mayor calidad de vida laboral de los profesionales sanitarios contribuye a la mejora de la prestación de sus servicios y, por tanto, redundando en beneficio no sólo de dichos profesionales, sino también de los usuarios de los Servicios de Salud. Se han diseñado programas de asesoramiento o *counseling* que suelen abarcar dos objetivos; reducir el estrés ocupacional e incrementar la competencia profesional mediante el aprendizaje de procedimientos no sanitarios que son útiles para el desempeño de su profesión en un contexto organizativo (los servicios de salud) que tiene unas características peculiares.

Por último, repasando todo lo expuesto aquí, podríamos concluir que la Psicología Social por hallarse en la articulación de las áreas de conocimiento de la Psicología, de la Biología y de la Sociología, al estudiar la interacción entre lo individual y lo colectivo, permite tener una visión completa y unitaria de la realidad humana en el contexto de la salud, lo que es coherente con el objetivo esencial que pretenden lograr actualmente los servicios de salud y que no es otro que la atención integral de la persona.

De todas las áreas que acabamos de revisar, profundizaremos en la última de ellas, ya que este libro pretende ser una guía para el asesoramiento a los profesionales de la salud. Siguiendo esta línea; nos ocuparemos primero de aquellas habilidades de comunicación que se requieren para ejercer de forma competente la profesión sanitaria y, en segundo lugar, nos interesaremos por aquellas estrategias que han demostrado su eficacia para prevenir y controlar el estrés que resulta del ejercicio de este tipo de profesión.

## **Resumen.**

El desarrollo del conocimiento biomédico, el fracaso de los sistemas sanitarios y el reconocimiento de las variables sociales y de comportamiento como

factores causales de los problemas de salud (recuerdese el concepto de estilo de vida nocivo), han dado lugar a una nueva concepción de la salud como proceso y recurso que posibilite un estilo de vida facilitador (a) del control adaptativo de la homeostasis fisiológica de los individuos, (b) del desarrollo de su capacidad funcional y (c) de su competencia comportamental y psicosocial para hacer frente a las demandas del medio.

Por esto último, la Psicología de la Salud emerge como un campo de aplicación de los conocimientos teórico-prácticos de la Psicología (en su triple vertiente docente, investigadora y profesional) para lograr los objetivos que el sistema de salud (del que todos formamos parte, no sólo como profesionales, sino también como usuarios) plantea en un contexto sociocultural determinado.

En nuestro país, el desarrollo de la Psicología de la Salud ha sido posible, a nuestro parecer, por la concurrencia de los siguientes factores:

- La expansión de la *modificación de conducta* en la década de los 70.
- La consolidación como campo diferenciado en la década de los 80 gracias, fundamentalmente, a la *labor investigadora* desarrollada en el seno de nuestras *universidades*.
- El *debate* abierto entre los profesionales de la psicología *respecto a la formación especializada en el área de la salud*, así como sobre la ubicación y funciones del psicólogo dentro de los servicios sanitarios.
- La promulgación en 1986 de la *Ley General de Sanidad* que constituye un intento de *reforma sanitaria* orientado prioritariamente a la promoción de la salud, a la educación sanitaria, a la prevención de la enfermedad, y a la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente, aparte de garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de salud.

Según nuestra opinión, el enfoque psicosocial de la salud es el que mejor encarna la concepción de la salud aquí defendida y el que mejor responde a la definición de Psicología de la Salud también propuesta aquí. Dicho enfoque se caracteriza por:

- Reconocer el carácter de la Psicología como un servicio público.
- Enfatizar que el punto de inicio de cualquier acción o intervención psicológica es el análisis de las necesidades que en materia de salud tienen los sujetos o elementos que forman parte de un contexto socio-cultural determinado.

- Partir de unas premisas salutíferas y no patógenas.
- Considerar al sujeto como actor de las intervenciones psicológicas y no un mero objeto de las mismas.
- Por último, se presenta como un enfoque centrado en el análisis de los procesos de interacción y no de un «objeto social» concreto.

Según este punto de vista, estar sano o enfermo es siempre un fenómeno social, interactivo. Son fenómenos sociales que se producen, a veces, independientemente de nuestra voluntad y de los que somos, paradójicamente, protagonistas con una determinada conciencia social del *estar sano o estar enfermo*.

Conciencia ésta que comprende las siguientes áreas de actuación en las que los profesionales de la psicología estarían implicados en tareas de intervención, investigación y formación:

- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Identificación de factores de riesgo de tipo psicosocial.
- Diagnóstico o evaluación.
- Tratamiento y cuidado del paciente.
- Rehabilitación y adaptación del paciente a la enfermedad.
- Evaluación, organización y gestión de la atención sanitaria.

### Lecturas recomendadas.

BARRIGA, S.; LEÓN J. M.; MARTÍNEZ, M. F. Y FERNÁNDEZ, I. (1990). *Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social*. Sevilla: Servicios Editoriales Alfar. Una de las primeras obras sobre el tema en la que se presenta una seleccionada y exhaustiva revisión de las aportaciones que la Psicología Social puede hacer a este campo de investigación e intervención.

RODRÍGUEZ MARÍN, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis. Esta obra ilustra la relación que existe entre los procesos psicosociales, los determinantes procedentes del contexto social, y los comportamientos ligados a la salud y la enfermedad.