

2.- LA PSICOLOGIA EN EL AMBITO DE LA SALUD.-

Tal y como se mencionó en el apartado anterior, la psicología como disciplina que estudia el comportamiento humano se ha considerado juega un papel de primer orden en relación con los problemas sociales de la salud, educación, ecología, principalmente. En el caso particular de la salud, autores como Bayés (1979,1987,1988), Jaffe (1984), Kaplan (1984), Mechanic (1985), entre otros, han destacado la importante influencia que el comportamiento, definido como categoría psicológica, desempeña en el cuidado, mantenimiento, rehabilitación y prevención de cualesquiera enfermedades; es decir, qué se haga, cómo se haga y en dónde se haga son cuestiones que tienen que ver fundamentalmente con el ejercicio de comportamientos.

Los trabajos realizados desde la década de los setentas por diversos especialistas son testimonio de lo expuesto con anterioridad. En efecto, como se recordará, Friedman y Rosenman (1974), propusieron una interesante alternativa para el estudio de los factores de personalidad y su impacto en el desarrollo de los infartos, factores que dieron lugar a la llamada personalidad tipo "A"; y si bien es cierto ambos autores contaban con una formación médica - eran cardiólogos-, su propuesta vino a dar un fuerte impulso al análisis de los eventos psicológicos asociados a dicha enfermedad. Asimismo, se cuentan con una vasta diversidad de trabajos sobre problemas como el cáncer (Bayés, 1985; Edwards, Cooper, Pearl, Paredes, O'Leary y Wilhelm, 1990), SIDA (Bayés, 1989, 1990, 1991; Call, Losilla y Bayés, 1990) y padecimientos como la hipertensión (Shapiro y Goldstein, 1982; Fernández y Calvo, 1985), principalmente.

Ciertamente este conjunto de aportaciones han favorecido una incursión más decisiva por parte de los psicólogos en el ámbito de la salud, aunque ésta también merece ser analizada a la luz de los fundamentos conceptuales y tecnológicos que cotidianamente se emplean. En el caso de la psicología se puede hablar en términos generales de dos modelos que más frecuentemente se han utilizado en el campo de la salud: me refiero al de la medicina conductual y a la psicología de la salud.

En el caso del primer modelo, se suele establecer sus orígenes a partir de Birk (1973), cuando se consideró que la retroalimentación probaba su eficacia para incidir sobre algunos trastornos o enfermedades. Sin embargo, la mayor influencia se ha señalado a partir de las aportaciones de Schwartz y Weiss (1977,1978) y Pomerleau (1979; Pomerleau y Brady, 1979). En el caso de Schwartz y Weiss, los autores adoptaron lo que se dió en llamar un modelo biopsicosocial para la salud, que justamente fue cuestionado por Pomerleau y Brady, al señalar que no se establecía

con claridad cuál iba a ser el papel a jugar por el análisis experimental de la conducta o por el conductismo moderno. Por lo anterior, Pomerleau y Brady propusieron que por medicina conductual se debería entender : a) el uso de técnicas clínicas derivadas del análisis experimental de la conducta, técnicas enmarcadas bajo los rubros genéricos de terapia y modificación de la conducta; y b) un énfasis hacia el quehacer de investigación al tener como soporte a un análisis funcional de la conducta.

Sin embargo, desde la perspectiva de Piña y Obregón (1992b), el modelo de la medicina conductual comparte muchos de los supuestos que subyacen a la psicología clínica, en tanto se centra, fundamentalmente, en aplicar el conocimiento tecnológico para incidir sobre trastornos o enfermedades ya existentes. La argumentación se dirige en señalar que para los propósitos de la inserción del psicólogo en el ámbito de la salud se precisa de ampliar su horizonte en relación a las actividades que bien se pueden desarrollar, como es el caso de la prevención, planeación e investigación, que como se vio previamente constituyen tres de las funciones profesionales que el psicólogo está capacitado para realizar. En la misma dirección, Santacreu (1991) ha destacado que para el caso de la psicología, en relación al dominio de la salud, es pertinente superar la tradición clínica que implícitamente ha impuesto el trabajo de los psicólogos, en virtud de que con ello se ve ampliamente restringido el espectro de actividades que se pueden desempeñar.

Ambos puntos de vista nos sugieren que la medicina conductual, toda vez que colinda en sus planteamientos con los enfoques clínicos que han sido moneda corriente en nuestra disciplina, carece de una conceptualización única, clara y concisa al respecto de lo que es salud, e inclusive, de una definición acerca de los recursos metodológicos y tecnológicos que se pueden emplear a fin de incidir sobre la multicitada problemática.

Para Bayés (1987), el de la salud es un problema que al ser multicausal en su ocurrencia necesita del concurso de varias disciplinas o profesiones en los diversos planos o actividades. Es decir, que en ocasiones y en función del problema que se esté abordando la participación del psicólogo estará mejor fundamentada, por ejemplo cuando se considere necesaria su colaboración para atacar preventivamente una enfermedad como el SIDA o, por el contrario, cuando no se requiera de su concurso al intervenir sobre una enfermedad como el lupus.

En este sentido, el propio discurso de la medicina conductual limita su propia práctica, porque como se establece en el ejemplo anterior, no siempre la colaboración del psicólogo se considerará pertinente, sobre todo cuando ésta trascienda el estrecho ámbito de

la rehabilitación - o curación, en el contexto de la psicología clínica. Y si bien es cierto el enfoque auspiciado desde la misma psicología, el denominado psicología de la salud, intentó superar muchos de los errores en los que se incurrió dentro de la medicina conductual, la realidad nos ha demostrado que aquellos han sido superados escasamente (véase Ribes, 1990b).

Para propósitos del presente trabajo y como seguramente será del conocimiento del lector, es bien sabida la influencia que el comportamiento tiene sobre la salud o la enfermedad (Matarazzo, 1984; Bayés, 1987, 1988). Sin embargo, una cosa es plantearse que dicha relación exista, al menos visible y mensurable para los mismos psicólogos, y otra muy diferente es que se tenga claro cómo los factores psicológicos afectan a nuestra salud.

En efecto, en las últimas dos décadas se ha puesto de manifiesto tal relación, aunque no siempre contando con un modelo que sustentara los postulados o principios más elementales al respecto. De hecho, para autores como Santacreu (1988), la psicología de la salud es un campo que se nutre de la psicología clínica, comunitaria y, además, de la misma medicina conductual.

Tal y como se analizó en el apartado anterior, el hecho de ubicar diferentes áreas de conocimientos dentro de la psicología constituye de por sí un problema para la disciplina, por el grado de fragmentación que se suele inculcar al tratar con lo psicológico. Ahora bien, ante el problema, al menos una posibilidad de solución, se podría encontrar si, como asegura Santacreu, op.cit., se adoptara un modelo biopsicosocial, posición compartida por Bravo, Serrano-García y Bernal, 1991). Pero, pensando en que por definición el evento psicológico se inscribe en el marco de los eventos en los que convergen las categorías biológica y social, otorgarle dicha propiedad sin un previo consentimiento de la definición, alcances y valor conceptual y práctico de cada una de las categorías involucradas nos parece un riesgo que escasamente ha sido sopesado en nuestro discurso profesional (véase Piña, 1991b).

La cuestión, pues, no radica en que se señale que la psicología de la salud retoma o parte de un modelo biopsicosocial, sino en saber definir, evaluar y, sobre todo, respetar los niveles de complejidad de los eventos involucrados, a menos de que poco interesen los tópicos de naturaleza conceptual en torno de la salud.

Dentro de esta lógica, un modelo que contempla con el cuidado y la parsimonia debidas a las variables antes mencionadas es el propuesto originalmente por Bayés y Ribes (1992) para el SIDA en términos generales para la salud (Ribes, 1990b). En el citado

modelo psicológico de salud se contemplan cuatro supuestos básicos sobre los cuales el psicólogo puede ubicar su quehacer profesional:

1.- El análisis de las dimensiones psicológicas dentro del continuo salud-enfermedad debe tratarse en términos de la individualidad de las variables que tienen lugar al interactuar lo biológico y lo sociocultural;

2.- Dentro del modelo psicológico ambas variables, las biológicas y las socioculturales, no necesariamente corresponden en su tratamiento a como ocurre dentro de sus propias disciplinas;

3.- Los factores biológicos tienen que ver con la evolución misma de la especie humana y de las actividades desarrolladas en un organismo (funcionamiento de los sistemas reactivos o sistemas biológicos de respuesta);

4.- Las variables o factores socioculturales tienen que ver con la adopción de formas particulares de comportamiento de un individuo a partir de las prácticas de grupo que le son correspondientes, a partir de su grupo de referencia y de los criterios normativos impuestos en y por dicho grupo.

Así, lo psicológico, analizado a través del ejercicio de comportamientos desplegados por un individuo, con un equipo biológico propio de la especie y de una vida social determinada por la propia evolución cultural, es el punto de partida para poder identificar y comprender las formas variables con que cada individuo enfrenta a su ambiente. El cómo se vea afectado en su salud dependerá, ciertamente de las condiciones nocivas con las que entra en contacto, pero también de la disponibilidad de recursos propios para alterar las condiciones de su propia conducta y del ambiente para que aquellas produzcan un efecto menor sobre su organismo.

De acuerdo con el modelo (Ribes, 1990b), el comportamiento se puede ubicar en dos niveles genéricos : la fase de proceso y en la de resultado (véase anexo 1). En la primera se encuentran presentes los factores asociados a los estilos interactivos y las competencias conductuales (que conforman los que se ha dado en llamar personalidad), mientras que, en la segunda se encuentran los comportamientos instrumentales de riesgo y prevención, así como los comportamientos asociados a la enfermedad o patología biológica. A nuestro juicio dicho modelo presenta una serie de características que lo hacen viable, en cuanto a su implementación, dentro del ámbito de la salud:

1.- En primer lugar es un modelo que conceptualmente define con claridad y, por tanto delimita, el rol del comportamiento en relación a los aspectos estrictamente biológicos de la vulnerabilidad y patología biológica.

2.- Además, nos presenta una forma de analizar en qué momento el comportamiento, ya sea como parte de la personalidad o como parte de una interacción situacional específica, afecta a nuestra salud. Por ejemplo, si se recuerda en el apartado anterior se hacía referencia al trabajo de Friedman y Rosenman sobre el patrón tipo A y su relación con los infartos, de tal suerte que con el modelo se puede identificar con una mayor precisión el papel de los estilos interactivos y su vínculo con ciertas enfermedades; de la misma forma, cuando se habla del SIDA, uno se refiere fundamentalmente al ejercicio de comportamientos de riesgo o prevención en función de que se dispongan o no de competencias efectivas.

3.- Por tanto, nos permite centrar nuestra atención en los requerimientos conductuales respecto de las enfermedades o de la salud, tomando en consideración lo que se desee hacer desde la perspectiva psicológica; por ejemplo, crear competencias para que las personas que no cuentan con recursos materiales - agua potable, alcantarillado, drenaje, etc.- aprendan prácticas higiénicas efectivas para evitar enfermedades infecto-contagiosas.

Visto así, genéricamente hablando, el modelo nos presenta una visión de conjunto alternativa para comprender qué es lo que hace a una persona comportarse de una u otra forma, del mismo modo que para conocer bajo qué circunstancias es factible que un individuo adopte medidas preventivas o incurra en comportamientos de riesgo. Es éste, quizás, el punto medular del discurso psicológico respecto de la salud por dos razones:

1.- Porque nos pone en ventaja en relación a otros enfoques que se han derivado de la disciplina (p.e., Costa y López, 1986; Bravo, Serrano-García y Bernal, 1991), en tanto el modelo enfatiza que más allá del ejercicio instrumental de los comportamientos de riesgo y prevención se precisa dar cuenta de los factores de personalidad, que en su calidad de categorías disposicionales, nos indicarían la probabilidad de comportarse en una dirección u otra en determinada circunstancia social.

2.- Porque nos ofrece una perspectiva de trabajo en el nivel preventivo que definiría, de entrada, el momento del continuo conductual de los individuos sobre los que habría que incidir; en otras palabras, se está en posibilidades de determinar si lo que importa es predecir, sobre la base de los estilos que se poseen,

...12

qué factores de personalidad harían probable el que a mediano o largo plazo se enferme, o bien, si se requeriría trabajar exclusivamente en la creación de competencias conductuales efectivas a fin de, en estadios posteriores, tener opciones funcionales disponibles para hacer frente a los requerimientos del ambiente.

Estos dos principales puntos constituyen las ventajas más relevantes: trascender el estudio y evaluación de los comportamientos de riesgo y prevención, de cara a identificar qué estilos y qué competencias son pertinentes para la prevención de la enfermedad. Ahora bien, dado que nuestra atención se ha establecido básicamente sobre el quehacer preventivo desde la psicología, bien valdría la pena plantearnos algunas consideraciones al respecto.

Partiendo del supuesto de que nuestra disciplina cuenta en la actualidad con un modelo psicológico sobre salud, el cual se ha asegurado nos ofrece una alternativa sistemática y parsimoniosa para entender la compleja dinámica de un problema social como el señalado, restarían por especificarse cuestiones tales como : qué se debe entender por prevención desde el punto de vista de la psicología; cuáles son sus alcances en términos prácticos y, por último, cómo deben estructurarse las actividades del psicólogo pensando en una necesaria integración multidisciplinaria en torno de la salud.

En relación al primer tópico, Piña y Obregón (1992b), han destacado que prevención debe entenderse como una estrategia general de intervención que contempla el diseño e instrumentación de una diversidad de acciones dirigidas a anteceder el curso o aparición de una enfermedad o trastorno, a partir de la identificación, evaluación y eliminación de los eventos que hacen probable su ocurrencia. Ello implica, por tanto, que prevenir es un quehacer que busca anteceder a y evitar la enfermedad.

Empero, como se desprende de lo anterior, las acciones destinadas a prevenir una enfermedad no son pocas y no necesariamente corresponden todas - o son aplicables - a la psicología. En efecto, si se reconocen dos formas de hacer prevención, la inmunización y la promoción de la salud, nos parece evidente que la primera de ellas responde más a una orientación biomédica, mientras que la segunda a una orientación social, en donde se enmarca el papel de nuestra disciplina. Además, si se tiene claro que el de prevención representa un quehacer eminentemente multidisciplinario, esto último, relativo a los dos tipos de prevención mencionados, no constituye de modo alguno una apreciación restringida de ésta; es decir, el que se sostenga la tesis de que la inmunización responde más a una práctica por tradición de tipo biomédica no es equivalente a la negación de una

eventual participación de otros profesionales, como son por ejemplo los mismos psicólogos, las trabajadoras sociales o los llamados promotores de salud comunitaria.

Una situación similar se puede establecer para el segundo tipo de prevención, correspondiente al de promoción de la salud. En éste, el punto de partida o la cuestión medular debe girar alrededor de la noción y práctica de educación, entendida como un proceso formativo que se articula y justifica sobre la base de la creación y consolidación de recursos conductuales que permitan a los individuos ajustes efectivos a su entorno social. En este sentido, educar, aunque considera el papel del informar, lo trasciende, en virtud de que se plantea como un medio para dotar a la población de formas alternativas de comportarse (Piña, 1989).

Es por ello fundamental tener presente, como ha argumentado Ribes (1990b), que no obstante la prevención pueda abordarse desde ópticas diferentes -la biomédica, la sociocultural y la psicológica-, en las dos primeras el comportamiento es el instrumento sobre el cual se articulan sus acciones. De este modo, aun cuando se suele hacer referencia a tres niveles de prevención en el campo de la salud, en general, las acciones que se emprendan variarán en función de los objetivos, naturaleza y estado de la salud o enfermedad y, por lo mismo, de las actividades particulares que los psicólogos estén en posibilidad de realizar (anexo 2). Por ejemplo, Ribes (op.cit), destaca que en el nivel primario de atención, algunas de las acciones implicadas se orientan hacia la promoción de hábitos de higiene personal y sanidad ambiental; hacia el desarrollo de hábitos alimenticios apropiados; hacia la divulgación de medidas que favorezcan la planificación familiar y la prevención de enfermedades sexuales; hacia la instrumentación de campañas de inmunización colectiva; promover comportamientos alternativos a los de riesgo o adiestrar en la evitación de lesiones o accidentes, principalmente.

Para el segundo y tercer nivel de atención se contemplan acciones tales como: detección de patologías agudas y crónicas con distinto grado de avance; diversos casos de cirugía mayor y menor; trasplantes de órganos; rehabilitación de pacientes con distintos tipos de impedimentos, entre otras, aunque, propiamente dicho y de acuerdo con la definición de prevención mencionada, no implican acciones preventivas en estricto senso.

Esta panorámica global respecto de la noción de prevención, de sus dos variantes o tipos, así como de los niveles sobre los cuales se precisan acciones diferentes, no hacen sino mostrarnos que para los psicólogos hay un inexplorado campo sobre el cual se puede incidir, básicamente a través del proceso de desprofesionalización.

En última instancia la factibilidad de una verdadera prevención a partir de los supuestos y principios que subyacen al modelo psicológico de salud no dependen, tanto del alcance del modelo mismo como de la evaluación de qué estrategias metodológicas serán pertinentes instrumentar en función de: el tipo de problema que se desea prevenir, la población a la que se accederá y las necesidades sociales de ésta.

Por tanto y a modo de conclusión se podría asegurar, en consonancia con diversos autores (Mechanic, 1985; Kaplan, 1990; Bayés, 1987; Ribes, 1990b), que el comportamiento es un evento que dada su relación con el cuidado, promoción o deterioro de la salud, debe analizarse como interacción frente a otras personas, variables ambientales y, fundamentalmente, a partir del decir y hacer idiosincrático y particular del individuo. Ello supone que, siendo el comportamiento un evento con propiedades históricas y situacionales, se requiere para su estudio la identificación de las formas en que cada individuo articula, organiza y despliega sus interacciones en el aquí y ahora, a partir de la estructuración y dinámica funcional de su personalidad.

Los ejemplos típicos de la personalidad tipo "A" vinculados a infartos del miocardio, de estilos como el de tendencia al riesgo y tolerancia a la ambigüedad asociados al SIDA, entre otros, son tan sólo muestras de las contribuciones que en el contexto de la disciplina se han hecho a fin de procurar una conceptualización e investigación más completa y óptima sobre el papel del comportamiento frente a los hechos de la salud y la enfermedad. Dependerá de los problemas de salud y de los criterios o necesidades sociales para que el quehacer del psicólogo se oriente ya sea hacia una práctica rehabilitativa o a una de tipo preventivo. En este caso apostamos por una orientación preventiva, destacando la necesaria formación de psicólogos cuyo ejercicio profesional procure el entrenamiento a otras personas, no profesionales y para-profesionales, bajo el entendido de que la prevención de las enfermedades en un plano social requiere del concurso de la población eventualmente afectada. Es poco factible, por tanto, pensar que la labor uno a uno pueda ofrecer dividendos favorables para prevenir problemas de salud que alcanzan a amplios sectores de la población.