

4.- ANALISIS Y PERSPECTIVAS.-

Considerando que el problema de la salud es un problema complejo en el cual intervienen factores biomédicos, socioculturales y psicológicos, se ha sugerido que en una primer instancia, desde la perspectiva de una disciplina, por ejemplo, la psicología o la medicina, se requiere contar con un modelo que oriente el estudio de las variables implicadas desde el seno de la disciplina. En el caso de la psicología se apuesta aquí por un modelo psicológico de salud (véase Ribes, 1990b; Bayés y Ribes, 1992), en el cual se integran elementos históricos y situacionales relativos al ejercicio de comportamientos vinculados a la salud o la enfermedad.

Además, en función de la enfermedad que se desea prevenir, hace falta integrar dicho modelo con otros derivados de las disciplinas involucradas en el campo, es decir, modelos de tipo biomédico y socioculturales, como el sugerido por Frenk, Bobadilla, Sepúlveda, Rosenthal y Ruelas (1986), que se fundamenta en tres elementos: a) Un ejercicio de clasificación para ubicar el lugar de la investigación en salud pública dentro del contexto general de la investigación en salud; b) un desarrollo conceptual para definir el campo de la investigación en salud pública, en el cual convergan disciplinas que contribuyen a ella y las áreas sustantivas, y c) el uso de un desarrollo conceptual para definir una estrategia de organización que estipule la ubicación institucional idónea y los principios rectores de la investigación en salud pública.

Vale la pena destacar que mantener la salud o adoptar comportamientos de riesgo para enfermar no son cosas que ocurran independientemente de una historia de desarrollo psicológico y del aprendizaje de competencias efectivas para solucionar o prevenir problemas. De tal suerte que, la noción de personalidad expuesta por Ribes y Sánchez (1990) es, sin lugar a dudas, un elemento clave para dilucidar en qué términos se van configurando las formas de comportamiento típicas, idiosincráticas e individuales que nos ponen en contacto con un eventual riesgo de daño o una patología biológica.

En la misma dirección se podrían añadir los elementos de la fase de procesos, dentro de la cual destaca la noción de modulación biológica por contingencia y, de la fase de resultados, concretamente la noción de vulnerabilidad biológica. Ambas suponen conceptos cuyo marco de referencia se sitúa dentro de un nivel biológico general y que, en el caso del modelo psicológico de salud, no necesariamente adoptan una misma lógica, es decir, no se interpretan como lo hacen desde la disciplina de origen.

Es evidente, por otro lado, que la postulación de un modelo

psicológico, al margen de sus ventajas conceptuales respecto de otros modelos derivados de la medicina conductual y de la psicología de la salud, tiene como objetivos concretos definir las variables psicológicas que son pertinentes a la problemática de la salud. Sin embargo, estamos claros acerca de que el modelo requiere buscar ser complementado con otros modelos de las ciencias biomédicas y socioculturales, bajo el supuesto que el problema de la salud constituye un problema social que precisa ser tratado en términos inter y multidisciplinarios.

Es por ello de suma importancia ubicar, en relación con el quehacer profesional del psicólogo, qué y cómo se debe incidir sobre la salud; esto es, si el énfasis de su trabajo debe orientarse hacia la evaluación de los comportamientos o procesos psicológicos que se ha probado se asocian a una enfermedad o, por el contrario, se necesita ir más allá para desarrollar funciones de intervención y prevención, fundamentalmente, Hemos venido señalando que las características mismas de las enfermedades, obligan a que la principal y prioritaria actividad que el psicólogo debe cumplir sea la de prevención, a través de programas de educación para la salud como estrategias generales.

Podemos estar de acuerdo con las propuestas de Costa y López (1986, 1989), respecto de cuáles son los elementos que se deben tener presentes al momento de diseñar e instrumentar un programa determinado. Empero, las estrategias sugeridas al considerar el papel que personal no profesional y para profesional puede desempeñar en materia de prevención, tácitamente nos indican que como punto de partida es indispensable pensar en términos de un quehacer desprofesionalizador de la práctica psicológica. Las razones para que ello se plantee aquí son fundamentalmente dos:

1.- Prevenir implica poner en mano de la comunidad los conocimientos y recursos técnicos para que sean sus miembros quienes, supervisados o asesorados por el psicólogo, evalúen e instrumenten programas que afecten a núcleos poblacionales. Parece obvio que el psicólogo por sí sólo no puede acceder a grandes sectores de la población, bien por carecer de los elementos económicos o bien por razones de tiempo y espacio;

2.- Habida cuenta de que al hablar de prevención de una u otra forma se alude a un proceso de entrenamiento - para identificar qué eventos o factores se asocian a una enfermedades, conocer qué los recursos metodológicos son necesarios para su evaluación y qué técnicas son mejores para alterar el curso de los hechos, entre otras cosas, creemos que al prevenir se dota de competencias a la población para que sean sus miembros, en otras circunstancias y frente a otros problemas, los que asuman la responsabilidad de atacar éstos con una lógica diferente: la de desempeñar un rol activo y participativo. ...23

La cuestión, en el caso de los ejemplos de trabajos aplicados en materia de educación para la salud consiste, sin embargo, en discutir si las estrategias pueden instrumentarse independientemente de un modelo psicológico de salud sobre el cual se articulen, definan y materialicen una serie de conceptos y pasos que son pertinentes para garantizar, la eficacia social de un programa. La posibilidad de recurrir a un modelo debe dar lugar, se considera aquí, a la reevaluación de las estrategias y a su instrumentación. El hecho de trabajar con base en un modelo nos permite, por tanto, definir y delimitar con la precisión requerida al grueso de eventos que afectan al comportamiento, directa y/o indirectamente, se ubiquen éstos en un plano individual, social o institucional.

Diversos autores véase Ribes, 1990b; Piña y Obregón, 1992a,b) han destacado que justamente esta es una de las principales limitaciones que en el dominio de la salud se ha hecho patente entre los psicólogos. No bastan buenas intenciones ni programas metodológicamente bien diseñados para suponer que la prevención de las enfermedades se dará de facto; hacen falta otros elementos: disponer de un modelo conceptual que delimite nuestro propio campo de acción y el concurso de otros disciplina, con sus respectivos modelos, tendientes a optimizar nuestro trabajo en el contexto de una comunidad. No es extraño que en estas circunstancias se haya llegado a la conclusión de que, debido a la alta incidencia y prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas (cáncer, diabetes mellitus, infartos) o infecto-contagiosas (SIDA, por ejemplo), los programas educativos para su prevención estén fallando (Mohs, 1990; Kelly y Murphy, 1992).

En la misma dirección, tal y como señala Mohs, op. cit., para el caso específico de las enfermedades crónico-degenerativas se precisa de lo que el autor denomina el paradigma del enfoque holístico de la salud, en el cual los problemas a tratar se ven aparejadas a diversas estrategias (planificación familiar, atención perinatal universal, mayor control del saneamiento ambiental, atención primaria en salud con participación de la comunidad, mejor educación para la salud, principalmente), con sus respectivas bases filosóficas, es decir con sus respectivas bases conceptuales y sociales acerca de por qué dichas estrategias son importantes en el contexto de la salud.

Como se desprende de lo anterior, el nivel concreto de una estrategia, la de educación para la salud, por ejemplo, motivo del presente trabajo, no puede atacarse si no es a través de un marco general de trabajo. Una estrategia no puede mostrarse efectiva para abatir o prevenir una enfermedad al margen de los criterios conceptuales y metodológicos que definen su orientación; en un plano más amplio supondría ubicarla dentro de una serie de normas o políticas de salud, que últimamente son las que postulan los

lineamientos, avances y perspectivas de todo programa (Brum, Hernández y Leal, 1990). Cumplir con esta tendencia seguramente facilitará el plantearnos un trabajo inter y multidisciplinario en los cuales, de acuerdo con la tareas de prevención, se articulen los esfuerzos colectivos para poner en manos de la comunidad los conocimientos y manejo de técnicas pertinentes para incidir sobre una enfermedad. Restaría, por último, el contextualizar estos esfuerzos dentro de un marco normativo que, como se dijo, debe definir las directrices de trabajo de los profesionales involucrados en el sector salud.