

LA PSICOLOGIA DE LA SALUD Y SUS RELACIONES CON LA MEDICINA CONDUCTUAL

Prof. Luis Flórez A.

Universidad Nacional de Colombia

Se define el campo de aplicación propio de la Psicología de la Salud y se le diferencia de la denominada "Medicina Conductual". Se analizan algunos cambios sucedidos dentro de la Psicología Científica y dentro de las concepciones acerca del proceso Salud-Enfermedad, los cuales constituyen condiciones fundamentales que facilitan el surgimiento de la Psicología de la Salud. Se describen los objetivos propios de ésta en los niveles de promoción de la Salud, y de prevención primaria, secundaria y terciaria de la enfermedad. Se enfatiza el papel que tiene el comportamiento como factor determinante del curso que tome el proceso Salud-Enfermedad, de la responsabilidad que tiene el individuo para con su propio proceso vital, y de la necesidad de tomar más en cuenta este factor a la hora de diseñar políticas y programas de atención en salud.

Bogotá, mayo de 1991

I. ANTECEDENTES DE LA MEDICINA CONDUCTUAL EN LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA

La primera idea que me pro-

pongo desarrollar en esta ponencia es que el campo conocido como "Medicina Conductual" constituye un desarrollo, de tipo integrador, a partir de los modelos específicos surgidos en el área de la "medicina psicosomática". También, que este desarrollo tiene una marcada fundamentación filosófica en la Teoría General de Sistemas. Estas ideas se encuentran expuestas con toda precisión en la obra del autor español Manuel Valdés Miyar (Valdés, 1983; Valdés y Flores, 1985), profesor de psicología y psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

El objetivo central de la medicina psicosomática ha sido el de describir y explicar las relaciones que existen entre la enfermedad física y la vida emocional. Esta pretensión de vincular la emoción como factor etiopatogénico de diversos trastornos se ha manifestado bajo diferentes formas o modelos que, en últimas, enfatizan aspectos parciales de esa relación, hasta desembocar

en enfoques integradores, entre los cuales la "Medicina Conductual" constituye uno de gran importancia contemporánea. Por otra parte, esos modelos específicos se han desarrollado en paralelo con diversas teorías de la emoción, en la medida en que, a la vez, su conocimiento objetivo por parte de la ciencia psicológica se ha ido desarrollando sucesivamente.

Los primeros modelos específicos de la medicina psicosomática surgieron alrededor de la teoría psicoanalítica de las emociones, de una parte, y del énfasis en el papel determinante de la herencia, de otra. Estos modelos que se centran en la "especificidad de sustrato", intentan explicar el trastorno psicosomático como el modo en que el organismo resuelve conflictos originados en motivaciones inconscientes inaceptables, mediante la reacción somática a través del "locus minoris resistentiae", o zona más lábil de su estructura biológica, labilidad explicada en términos genéticos. Un buen ejemplo de este modelo puede observarse en la siguiente definición que, de los síndromes psicofisiológicos, hace Guttman (1966, citado en Wittkower y Dudek, 1979):

"Un síndrome psicofisiológico tal, llamado por algunos "neurosis orgánica", puede significar la manifestación de un conflicto neurótico profundamente arraigado en el inconsciente y con el valor de una compensación inconsciente. A veces puede ser tan sólo el corolario

fisiológico y vegetativo de problemas psiconeuróticos, un "afecto equivalente", o en palabras de Fenichel, "un estado en el cual ha desaparecido el contenido mental del afecto mientras que se mantienen los concomitantes físicos de aquél" (p. 211).

Sin duda que estas "explicaciones" de los vínculos entre la vida emocional y la vida orgánica, como si se tratara de dos entes opuestos y no de dos manifestaciones íntimamente relacionadas de la vida del organismo, no podían conducir a la medicina psicosomática, más allá de ser una pretensión, un rótulo sin realidad práctica dentro del campo general de la medicina. Contra este postulado se manifiestan los avances en el conocimiento de la psicofisiología de las emociones y los avances en el campo mismo de la genética, principalmente de la ingeniería genética, que cada vez apuntan hacia la determinación apenas condicional de los factores genotípicos, dependiendo de su interacción con eventos ambientales, principalmente de la interacción en los períodos críticos del desarrollo del organismo. Esto no significa negar el papel predisponente que tiene el sustrato orgánico heredado respecto de la propensión del organismo a padecer trastornos específicos.

Un segundo modelo de especificidad en medicina psicosomática, el de "especificidad de respuesta" es el que centra la explicación de los síntomas psicosomáticos

sobre la base del fenómeno del condicionamiento. Se trata de un modelo construido a partir de las teorías clásicas del condicionamiento operante y del condicionamiento respondiente, según el cual los síntomas se construyen, mediante mecanismos de condicionamiento, sobre los modos preferentes de respuesta del organismo. De acuerdo con él, ante gran variedad de estímulos, las respuestas desadaptativas del organismo, principalmente sus respuestas autónomas, son siempre las mismas, conduciendo al síntoma o a la enfermedad. Este modelo se desarrolla en paralelo con la teoría psicofisiológica de la emoción de Lindsley, quien homologa la emoción a la activación del sistema reticular. Se trata, en términos de Valdés Miyar, de una teoría subcortical de la emoción. Este modelo encuentra sustento fáctico, entre otros, en los trabajos experimentales sobre condicionamiento operante de respuestas autónomas y en los trabajos que demuestran esterotipia de las reacciones orgánicas autónomas ante eventos ansiógenos variantes. También resulta importante en la medida en que relaciona la vida emocional y las respuestas viscerales que subyacen a los trastornos psicosomáticos a partir de los lazos entre la actividad del sistema reticular y la actividad de la rama simpática del sistema nervioso autónomo. Sin embargo, tiene un carácter eminentemente mecanicista al tratar de explicar estos síntomas sobre la base de relaciones E-R que resultan insuficientes para explicar la compleja

vida emocional de la persona, y deja de lado el papel de esa persona, a partir de su actividad cognoscitiva de carácter cortical, como agente protagonista de su propia vida emocional, y no un simple efector pasivo ante las demandas del medio.

Un Tercer modelo, de "especificidad de conducta", intenta ligar la emoción, particularmente el estrés, como agente etiopatogénico de la enfermedad, a partir de un marco cognoscitivo. En este contexto se concede gran importancia al papel de las expectativas cognoscitivas del individuo y a sus experiencias previas como factor determinante de sus reacciones emocionales. Este carácter subsidiario de la vida emocional respecto de la actividad cognoscitiva es el centro de teorías de la emoción como la de Lazarus (Lazarus, 1966; Lazarus y Folkman, 1984), en la que los conceptos centrales hacen referencia a las evaluaciones cognoscitivas que hace el sujeto de los eventos ansiógenos y de sus propias capacidades para enfrentarlos, lo que se plasma en un determinado "estilo de afrontamiento". Estos estilos que se plasman en patrones conductuales específicos, pueden ser adaptativos o desadaptativos en términos de que favorecen o impiden el desarrollo de los síntomas propios de la enfermedad. En el fondo de esos patrones se encuentran, como factor determinante principal, las expectativas cognoscitivas de las personas acerca de los eventos estresantes y de sus propias posibilida-

des de control sobre los mismos. Un ejemplo de esos patrones comportamentales desadaptativos es el "Patrón comportamental tipo A", que se ha propuesto como un importante factor de riesgo de enfermedad coronaria. A favor del modelo se encuentran importantes hallazgos experimentales como los que se han desarrollado en el estudio de la desesperanza aprendida, y los trabajos experimentales con sujetos acoplados sometidos a estrés, de los cuales uno solo tiene acceso al control sobre los estímulos aversivos y el otro recibe las contingencias que se apliquen al primero, independientemente de su propia conducta.

A los anteriores modelos específicos debe agregársele un cuarto, que se refiere a la "especificidad de sistema", referente a la existencia de porciones definidas del S.N.C., topográfica y funcionalmente identificadas, cuya actividad resulta fundamental dentro de la activación siguiente a la emoción, la cual se puede traducir en conductas de acercamiento, conductas de defensa o conductas de escape.

Estos "sistemas nerviosos conceptuales", término propuesto por Donald Hebb, son el de recompensa o sistema activador de la acción, el de reacciones defensivas o sistema lucha-huida, y el de castigo o sistema inhibitorio de la acción. El valor de esta propuesta radica en que sugiere cuál es la actividad nervioso-central que sustenta diversas

formas de respuesta emocional, posibles enlaces entre esa actividad cortical y la actividad subcortical, principalmente la hipotalámica, y, por vía de las eferencias hipotalámicas, cuáles son los ejes biológicos a través de los cuales se vehicula el papel etiológico de la emoción, principalmente del estrés, respecto de diversos trastornos orgánicos.

Resulta aquí importante recordar el aporte de Hans Selye (1936, 1974, 1982) al dilucidamiento de las reacciones biológicas asociadas a las distintas fases del estrés, eventos que él describió en su conocido "Síndrome General de Adaptación", y que se suceden a lo largo de los sistemas simpático adrenal, neuroendocrino, e inmunitario, con la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales como mediador fundamental de esa activación.

II. LA MEDICINA CONDUCTUAL, ENFOQUE INTEGRADOR PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD, RELACIONES CON LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Las ideas centrales que me propongo desarrollar en esta parte de la ponencia son: 1) Que la denominada "Medicina Conductual" surge como un enfoque integrador para la atención del proceso salud-enfermedad, el cual llama la atención sobre una convergencia interdisciplinaria a la cual confluye la "psicología de la salud"; 2) Que resulta

poco precisa e inconveniente la denominación "medicina conductual" para referirse a ese enfoque integrador; 3) Que la psicología de la salud resulta fundamental para el desarrollo de políticas de atención sanitaria que, al relieves la responsabilidad del individuo con su propio proceso vital, empiezan a centrar sus acciones en objetivos relacionados con la promoción de la salud y con la prevención de la enfermedad, más que en acciones referentes a la curación y a la rehabilitación como era la tradición; 4) Que el surgimiento de la "Medicina Conductual" como enfoque integrador y de la "Psicología de la Salud" como aporte de la ciencia psicológica a la confluencia interdisciplinaria responsable de la atención de la salud de la población, han implicado cambios en las concepciones dominantes acerca de lo que es la "salud" y acerca de lo que es la "Psicología"

Podría decirse que la práctica de la medicina psicosomática se ha restringido al reconocimiento de una relación general entre la vida emocional, principalmente los estados de ansiedad o de estrés, y la vida orgánica de la persona. Queda ahí plasmada una concepción dualista, cartesiana, acerca de la naturaleza humana que establece una dicotomía entre lo "mental" y lo "físico" y esa es, de entrada, una deficiencia teórico-metodológica bastante seria para quienes se propongan fundamentar sobre tal concepción una práctica amplia en materia de "sa-

lud mental".

Lamentablemente esa ha sido una concepción implícitamente reconocida por las teorías psicológicas y por las conceptualizaciones del proceso salud-enfermedad que han sustentado lo referente a la práctica psicológica en el ámbito de la salud.

1) La conceptualización del proceso salud-enfermedad y su importancia para la "Medicina Conductual"

La definición multirrepetida que da la OMS sobre este proceso lo caracteriza como "Un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad". En esta definición se resalta: a) La conceptualización de la salud como un **estado** contrario a la enfermedad; b) el papel accesorio que pueden tener factores distintos a los físicos, como el papel de los factores mentales y sociales.

Son muchas las críticas que se le pueden hacer a tal concepción (véase Bersh, 1983). En lo que aquí interesa, resulta especialmente importante que el pensamiento en la salud como un **estado**, en contraposición a la idea de **proceso** conduce a poner el énfasis en el punto opuesto a la salud, es decir, en la enfermedad, a centrar las políticas de atención sanitaria en la cura de la enfermedad, más que en la promoción de la salud, y a privilegiar desmesuradamente el papel de

los aspectos biofísicos y bioquímicos, que son los que aparecen más importantes cuando de curar la enfermedad orgánica se trata.

La Psicología de la Salud, si aspira a superar las deficiencias de la medicina psicosomática tradicional, debe basarse sobre fundamentos conceptuales menos restringidos, que correspondan a una concepción más integral de la naturaleza humana, y que conduzcan a poner el énfasis más sobre la salud que sobre la enfermedad, sobre todo si se tiene en cuenta que la Psicología de la Salud conduce, naturalmente, a pensar más en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad pues su objeto de intervención se centra en la responsabilidad del individuo con su propio proceso vital.

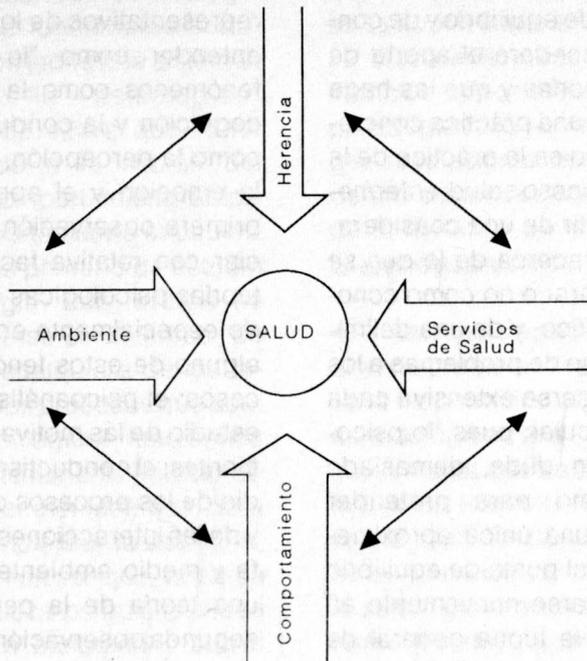
Una conceptualización del proceso salud-enfermedad, en principio atractiva para la práctica sanitaria a la que se aspira, es la que propone H. Blum, que se enmarca en la teoría general de sistemas. Blum define la salud como "el proceso continuo de variaciones ininterrumpidas que acompañan el fenómeno vital en el hombre y cuyos efectos sobre dicho fenómeno se reflejan en el grado de éxito que este fenómeno tenga en el cumplimiento de su último fin" (Citado por Bersh, 1983, p.33).

La definición de Blum resulta atractiva por varias razones:

- a) Porque al resaltar la idea de **proceso** conduce a pensar necesariamente en los factores que rigen o determina los cambios en ese proceso, y al análisis de las leyes que rigen las interacciones entre esos factores.
- b) Porque conduce a pensar en la salud en términos realistas y posibles, referentes a las condiciones materiales que posibilitan el cumplimiento de los fines últimos del proceso vital, como son, la conservación de la vida de la especie y el logro de la mayor cantidad de sobrevida eficaz en el individuo. Estas metas son reales, al contrario de metas inalcanzables como "el perfecto bienestar físico, mental y social".
- c) Porque obliga al tratamiento ponderado y adecuado de todas esas condiciones o factores materiales que controlan el proceso vital, y a su manejo para poderlo dirigir en un sentido u otro. Estas condiciones o factores son, con una importancia como la que se expresa por el tamaño del ancho de las flechas en la gráfica, las siguientes: Las genéticas, el comportamiento, el ambiente (físico, biológico y social), y los servicios de salud.

Dentro de esta conceptualización del proceso salud-enfermedad propuesta por Blum le corresponde

FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD, Según H. Blum
El ancho de la flecha representa la importancia relativa de cada factor.



a la Psicología de la Salud, como disciplina científica, el conocimiento y el manejo de los factores comportamentales que determinan el curso del proceso vital en el hombre.

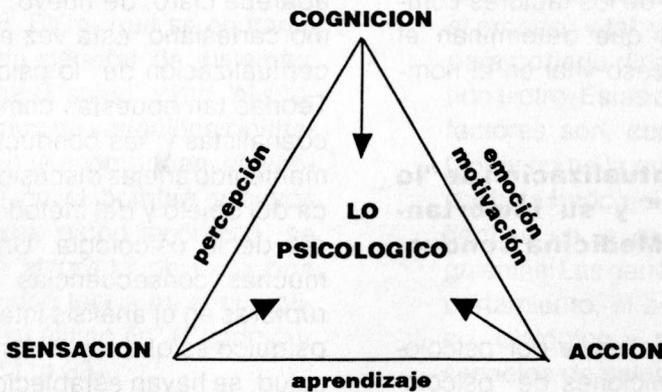
2) La conceptualización de “lo psicológico” y su importancia para la “Medicina Conductual”

Qué se entiende por psicología? Las definiciones de “psicología” son muy variadas, discordantes y contrapuestas. Oscilan entre un polo que la considera como “el estudio de la mente”, hasta el polo

que la considera como “el estudio del comportamiento”. Rápidamente aparece claro, de nuevo, el dualismo cartesiano, ésta vez en la conceptualización de “lo psicológico”. Teorías tan opuestas como las psicoanalistas y las conductistas han mantenido añejas discusiones acerca del objeto y del método de estudio de la psicología. Una de las muchas consecuencias de estas rupturas en el análisis integral de lo psíquico es que, en el campo de la salud, se hayan establecido dicotomías artificiales entre “salud física” y “salud mental”, como si pudieran separarse artificialmente los aspectos psicológicos de los aspectos

biológicos o de los aspectos sociales que atañen a cualquier consideración sobre los procesos del hombre. Un punto de equilibrio y de confluencia que pondere el aporte de las diversas teorías y que las haga asimilables en una práctica concreta, en este caso en la práctica de la atención al proceso salud-enfermedad, debe partir de una consideración filosófica acerca de lo que se puede considerar o no como conocimiento científico, y de una delimitación del rango de problemas a los que puede hacerse extensiva cada teoría en particular, pues "lo psicológico" es, sin duda, demasiado complejo como para pretender agotarlo con una única aproximación teórica. Tal punto de equilibrio puede encontrarse, nuevamente, en el camino de la teoría general de sistemas, ésta vez aplicada al análisis de "lo psicológico". Una forma para éste análisis puede ser el siguiente (Flórez, 1986).

En la representación anterior se consideran las manifestaciones o fenómenos, y los procesos, más representativos de lo que se puede entender como "lo psicológico", fenómenos como la sensación, la cognición y la conducta; procesos como la percepción, la motivación, la emoción y el aprendizaje. Una primera observación permite apreciar con relativa facilidad que las teorías psicológicas se han centrado especialmente en el estudio de alguno de estos fenómenos o procesos: el psicoanálisis nació como estudio de las motivaciones inconscientes; el conductismo, como estudio de los procesos de aprendizaje y de las interacciones entre conducta y medio ambiente; la gestalt es una teoría de la percepción. Una segunda observación, más compleja que la anterior, tendría que referirse al análisis de los fundamentos filosóficos de las diversas teorías y a su consiguiente status respecto del



REPRESENTACION ESQUEMATICA DE LOS FENOMENOS Y DE LOS PROCESOS QUE INTERACTUAN PARA CONSTITUIR "LO PSICOLOGICO"

conocimiento científico, tarea que no se abordará en esta ponencia. Basta con señalar que la Psicología de la Salud se fundamenta sobre una concepción teórica de sistemas acerca de "lo psicológico" (Schwartz, 1982 a, b), que, a mi juicio, entiende a la acción del hombre, a su comportamiento abierto y a su comportamiento encubierto, como objeto primario de estudio de la psicología. Esta acción no puede entenderse sin referirse, de necesidad, a cualquiera de los fenómenos o de los procesos que conforman "lo psicológico", fenómenos y procesos íntimamente relacionados e interdependientes y que, para acabar de complejizar la situación, tienen lugar en un ser que, además de una naturaleza psíquica, posee una naturaleza biológica y social que, gráficamente, pueden representarse como un trasfondo también determinante de "lo psicológico". Definir la psicología como "el estudio científico de lo que el hombre hace de manera abierta o de manera encubierta" no pasa de ser un mero formulismo para tratar de expresar en pocas palabras la conceptualización expresada antes.

3) Psicología de la Salud y "Medicina Conductual"

Qué es la "PSICOLOGIA DE LA SALUD" y cómo se relaciona con la denominada "MEDICINA CONDUCTUAL"?

Una de las características más relevantes de la Psicología Clínica

contemporánea, principalmente de la que se fundamenta en el Análisis Experimental del Comportamiento, es su aporte a la atención del proceso salud-enfermedad mediante la atención adecuada de los factores psicológicos o comportamentales que se relacionan con este proceso, dentro de una concepción integral de la atención de la salud, la cual exige colaboración interdisciplinaria.

Esta participación en la atención de problemáticas de salud física le ha permitido algunas ventajas metodológicas a la Psicología Clínica, ventajas que se derivan naturalmente del hecho de tener un objetivo plenamente identificado y definido en términos de la promoción de la salud, de la prevención de la enfermedad, del tratamiento y de la rehabilitación cuando la salud se ha perdido. De esta forma se ha superado notablemente el aporte científico y profesional de los psicólogos clínicos en el ámbito de la salud, aporte que tradicionalmente se reducía casi exclusivamente al psicodiagnóstico en la atención de la mal llamada "salud mental", dentro de contextos de tipo psiquiátrico.

Este desarrollo ha permitido vertebrar un campo con entidad propia dentro de la Psicología Clínica que se ha denominado alternativamente "MEDICINA CONDUCTUAL" o "PSICOLOGIA DE LA SALUD". A continuación presentaré un breve análisis de estos términos, con la idea de sostener que el concepto de "PSICOLOGIA DE LA SALUD" re-

sulta más adecuado que el de "MEDICINA CONDUCTUAL" para referirse al quehacer de la Psicología científica en la atención interdisciplinaria del proceso salud-enfermedad.

El término "Medicina Conductual" apareció publicado por primera vez como subtítulo de un libro de biorretroalimentación editado por el Psiquiatra Lee Birk de la U. de Harvard en 1.973. En este caso se observa con claridad la intención de Birk de referirse con dicho término a la acción de curar enfermedades mediante el uso de procedimientos comportamentales, en este caso mediante el uso del Biofeedback como procedimiento terapéutico para diversos trastornos psicósomáticos.

"Medicina" es un concepto que se refiere al arte y a la ciencia de curar enfermedades del cuerpo humano (Diccionario de la Real Academia Española, 1984), y en este sentido se ha utilizado el término en las definiciones de Medicina Conductual que, como la de Birk, enfatizan el uso de los principios conductuales para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Otra acepción en la que se ha utilizado el concepto de "medicina conductual" es la representada en la definición de Pomerleau y Brady (1979) quienes la definen como: "a) El uso clínico de las técnicas derivadas del análisis experimental de la

conducta -la terapia del comportamiento y la modificación de la conducta- para la evaluación, la prevención el manejo o tratamiento de la enfermedad física o de la disfunción fisiológica; y b) El conducto para la investigación que contribuya al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con los desórdenes médicos y con los problemas en el cuidado de la salud." (P. xii).

La definición de Pomerleau y Brady (1979) es representativa del mismo enfoque que, como la de Birk, se refiere al uso de procedimientos para el tratamiento de problemas médicos. En ella se hace énfasis completo en el aporte de la Psicología como ciencia de la conducta a la atención del proceso salud enfermedad a todos los niveles.

En 1977 se reunió en la Universidad de Yale la Conferencia sobre Medicina Conductual, que congregó a destacados científicos de las ciencias comportamentales y biomédicas de diferentes partes del mundo, en la cual se definió un objetivo y un campo de acción para la Medicina Conductual, con una esencia distinta a la del uso del concepto en el sentido de Pomerleau y Brady que se presentó antes.

En la Conferencia de Yale se definió a la Medicina Conductual como "el campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo y con la integración del conocimiento científico y de las técnicas emanadas de

las ciencias conductuales y de las ciencias biomédicas, que resulten relevantes para la atención de la salud y de la enfermedad, y con la aplicación, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación (Schwartz y Weiss, 1978, P.250).

En esta definición de Medicina Conductual ya no se habla de la "ciencia de la conducta" para referirse a la Psicología exclusivamente, sino de las "ciencias conductuales", que congregan diferentes disciplinas que confluyen, junto con las disciplinas biomédicas, para la atención integral de la salud en los distintos niveles de intervención: diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Queda así claro que la Conferencia de Yale caracterizó a la Medicina Conductual como un campo de confluencia interdisciplinaria para la atención de la salud.

En una representación tridimensional del campo de la medicina Conductual propuesta por la Conferencia de Yale, sobre un eje se ubican los distintos niveles de intervención, sobre otro eje se representan los diversos microprocesos de salud o enfermedades, y sobre el otro eje se representan las disciplinas que confluyen para la atención de esos microprocesos.

En la definición de la Conferencia de Yale el concepto 'CONDUCTA' debe entenderse en mayúsculas, como conducta de sistemas complejos, tal como se entiende en

análisis y teoría de sistemas, y no como "conducta" (en minúsculas), tal como se entiende en Psicología para caracterizar al comportamiento de los organismos (Schwartz, 1982b).

En Colombia se viene realizando un trabajo profesional y científico dentro del marco teórico-metodológico representado por la concepción esbozada en la Conferencia de Yale, desde el año de 1975 aproximadamente (Vinaccia, 1988, 1989).

El concepto de "Medicina Conductual" que propuso la Conferencia de Yale resulta un poco confuso por la doble significación que se le puede dar a la palabra "CONDUCTA", como conducta de un sistema o como conducta de un organismo. Considero que esta concepción tiene una esencia válida ya que pone de manifiesto la naturaleza compleja e integral de los fenómenos humanos, a la vez que hace énfasis en la especificidad con que cada disciplina científica debe abordar su objeto de estudio dentro de un mismo campo de confluencia interdisciplinaria. Sin embargo, pienso que la denominación "Medicina Conductual" podría reemplazarse por otra más significativa como, por ejemplo, "Atención Integral de la Salud", que tiene de hecho una aceptación más universal y no genera innecesarios resquemores o disputas entre especialistas.

Es precisamente dentro de este contexto integral donde se han pro-

ducido los avances y se han dado los aportes propios del campo de la Psicología a través de la denominada 'PSICOLOGIA DE LA SALUD', la cual es definida por Matarazzo y Carmody como "El conjunto de contribuciones educacionales, científicas, y profesionales de la Psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, para la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y para la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, de la enfermedad y de las disfunciones relacionadas, así como para el análisis y mejoramiento del sistema y de las políticas de atención de la salud" (1985, p. 662).

Esta conceptualización resulta más significativa para caracterizar el aporte de toda la Psicología científica a la atención del proceso salud-enfermedad, en lugar de la caracterización restringida que se hace a través del concepto de "medicina conductual" que se refiere exclusivamente al aporte del análisis experimental de la conducta para el tratamiento de algunas enfermedades físicas, tal como lo sugiere la definición de Pomerleau y Brady que se presentó antes.

Esta definición amplia de la "Psicología de la Salud" implica la comprensión y la aceptación del análisis hecho antes de los conceptos de "salud-enfermedad" y de "psicología", por varias razones:

a) Porque la psicología de la salud

pretende incorporar dentro de sus fundamentos todos los conocimientos científicos producidos en el campo de la psicología en general, y no solamente los conocimientos relacionados con los procesos de aprendizaje, tal como se pretende proponer en conceptualizaciones y definiciones restringidas, como la conceptualización de Pomerleau y Brady analizadas antes. A la psicología de la salud le interesan los conocimientos científicos relacionados con procesos como la motivación, la emoción, la percepción y el aprendizaje; le interesan los conocimientos científicos relacionados con fenómenos como la sensación, la cognición y la conducta. Le interesa, en síntesis, todo conocimiento sobre la psicología del ser humano que resulte susceptible de aplicación para la comprensión y el manejo de los factores individuales relacionados con la atención del proceso salud-enfermedad.

b) Porque la psicología de la salud pone su énfasis principal en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, sin que ello signifique el abandono de las tareas propias de los campos de la curación y de la rehabilitación. Pero hacer énfasis en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad implica adoptar una concepción dinámica acerca del proceso salud-en-

fermedad, tal como la concepción de sistemas propuesta al principio.

c) Porque esta concepción integral de los factores determinantes del proceso vital del hombre, implica el estudio y el control de los factores relacionados con el comportamiento. Si se considera al comportamiento del hombre, a lo que el hombre hace de manera abierta o de manera encubierta, como uno de los factores de primer orden determinantes del curso de su proceso vital, ello significa que el ser humano tiene una RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL en el cuidado de su propia salud. Y al análisis y control de esa responsabilidad individual es precisamente a lo que se dedica la psicología de la salud.

Un breve análisis de los cambios en el cuadro epidemiológico de nuestra población en los últimos 30 años pone de manifiesto que las causas de enfermedad y de muerte han variado hacia problemáticas con un altísimo componente socio-conductual en su determinación. En el rango etáreo de los 15 a los 45 años aparecen como primeras causas de morbi-mortalidad en nuestro medio los accidentes de trabajo y de tránsito, las agresiones con arma de fuego y arma cortopunzante, los trastornos vasculares, la enfermedad coronaria y el cáncer. En cualquiera de estas causas aparece la RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL, el

comportamiento del hombre, como un factor de primer orden. No se trata de restarle importancia a los determinantes biológicos ni a los determinantes sociales. Todos confluyen para producir el resultado. Se trata de relieves el factor individual, que es el objeto de nuestro campo de intervención en psicología. Incluso, podría afirmarse que, en materia de prevención primaria, el factor social y el factor individual resultan inmensamente más importantes que el mismo factor biológico, si nos atenemos a las anteriores causas de morbi-mortalidad. Un análisis breve de las acciones típicas de la psicología de la salud en los diferentes niveles de intervención permite aclarar la anterior afirmación.

Un aspecto que debe quedar ya claro a esta altura de la exposición es que a la "Medicina Conductual", en cualquiera de las acepciones en que se tome este concepto, no le interesa solamente el análisis de la relación entre emoción y enfermedad, objetivo típico de la medicina psicosomática, sino que le interesa un rango mucho más amplio de problemas que se refieren a la relación entre comportamiento (en sentido amplio) y salud. Ese rango de problemas se plasman en los objetivos propios de la "psicología de la salud" los cuales paso a analizar a continuación.

IV. LOS NIVELES DE INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Cuáles son las categorías de problemas de los que se ocupa la "PSICOLOGÍA DE LA SALUD?"

En la definición que dan Matazzzo y Carmody (1985) de la psicología de la salud se destacan los objetivos más relevantes de la psicología de la salud; estos objetivos pueden traducirse en problemas a cuya solución se destina la acción en este campo; éstos son:

a) La promoción y el mantenimiento de la salud: categoría íntimamente relacionada con el concepto "estilo de vida". Un estilo de vida que incorpore habilidades para el afrontamiento del estrés, habilidades para el adecuado desempeño social, o habilidades cognoscitivas para la ponderación de las situaciones y la solución de problemas, es un estilo promotor de la salud. Este concepto resulta diferente al de prevención primaria de la enfermedad. El concepto de promoción de la salud implica acciones pro-salud amplias, más que acciones específicas para el control de algún riesgo en particular. Si se quiere, la promoción de la salud implica el control de factores de riesgo demasiado amplios, relacionados con múltiples y variadas problemáticas de salud.

b) La prevención primaria de la enfermedad o del problema de salud, establezco esta diferenciación pues si se habla solamente de la "enfermedad" se pueden dejar de lado importantes problemas de salud que no constituyen una enfermedad como tal; ese puede ser, por ejemplo, el caso de la farmacodependencia. Las tareas de prevención primaria implican antes el trabajo cuidadoso de análisis de factores de riesgo específicos. Considero que en este nivel resultan bastante endebles los fundamentos actuales de las labores psicológicas de prevención primaria en nuestro medio. Si se pregunta cuáles son los factores psicológicos determinantes de farmacodependencia, de infarto cardiaco o de cáncer, es probable que las respuestas surjan más de la intuición, del conocimiento espontáneo o de lo observado en otros medios, que de la investigación epidemiológica cuidadosa en el nuestro.

Se han propuesto algunos factores psicoafectivos y comportamentales que constituyen riesgos específicos de trastornos en particular. No cabe duda de que el tabaquismo y el alcoholismo constituyen un riesgo de diversas enfermedades. Se han detectado formas de comportamiento que se asocian significativamente a algunas alte-

raciones orgánicas; tal es, por ejemplo, el conglomerado de conductas conocidas como "Patrón comportamental tipo A" que se ha propuesto como un factor de riesgo de hipertensión arterial esencial y de infarto cardiaco (Friedman y Rosenman, 1959).

La detección y la modificación de los factores psicológicos que sean riesgos específicos de enfermedad constituye la tarea esencial de la psicología de la salud para adelantar efectivamente sus acciones de prevención primaria mediante el uso de metodologías que, probablemente, implican un uso extenso del trabajo comunitario.

- c) El tratamiento de la enfermedad: en esta categoría se incluyen todas las acciones típicas de los niveles de prevención secundaria y terciaria.

Las acciones de tratamiento propias de la prevención secundaria incluyen todos los procedimientos terapéuticos propios de la psicología clínica científica, en sus modalidades de intervención individual o grupal. Merece destacarse aquí el lugar creciente que ocupan dentro del campo de la psicología de la salud los procedimientos derivados en el marco de la terapia del comportamiento. La selección de procedi-

mientos de tratamiento terapéutico se relacionan íntimamente con el análisis que se haga de los factores psicoafectivos o de los factores comportamentales que se asocian con un problema de salud o microproceso de salud en particular. La ansiedad y la depresión constituyen probablemente, los dos estados psicoafectivos más directamente relacionados con la enfermedad. Por lo mismo, tienen en la actualidad gran auge las aproximaciones cognoscitivo-conductuales al manejo de la ansiedad y de la depresión. Son típicas también en psicología de la salud las terapias de autocontrol conductantes a la eliminación de los comportamientos de enfermedad y al incremento de los comportamientos pro-salud.

Las acciones de intervención propias de la prevención terciaria incluyen los procedimientos terapéuticos que se utilizan en rehabilitación. Merecen especial mención los procedimientos de biorretroalimentación por el papel que jugaron en la introducción directa del psicólogo al ámbito de la salud.

La intervención psicológica requerida en los niveles de atención secundaria y terciaria no tiene que ver solamente con los factores psicoafectivos y comportamentales directamen-

te implicados en una enfermedad en particular; también tiene que ver con el contexto vital de la persona enferma y con el contexto propio de la intervención médica. Dentro del primero caben los asuntos relacionados con todas las consecuencias psicológicas y sociales de la enfermedad; la ansiedad y la depresión como consecuencias de la enfermedad, y las implicaciones de la enfermedad para la vida familiar, laboral y social de la persona. El segundo tiene que ver con las variables psicológicas que afectan directamente al tratamiento médico; la relación médico-paciente, la relación familiar-paciente, el cumplimiento (adhesión) del tratamiento médico (especialmente en los casos que demandan de una amplia colaboración de la persona enferma), la preparación psicológica para determinadas intervenciones médicas como la cirugía, etc.

- d) La identificación de correlatos etiológicos de la enfermedad; pueden mencionarse aquí, a manera de ilustración, los estudios que proponen la existencia de factores psicológicos o comportamentales asociados causalmente a la génesis de diversas alteraciones de los sistemas orgánicos. Tal puede ser el caso de las hipótesis que relacionan el estrés con alteraciones del sistema inmune y,

por esa vía, lo relacionan indirectamente con la etiopatogenia del cáncer (Eysenck, 1987)

- e) El análisis y mejoramiento de las políticas de atención de la salud; aquí sí que resultan de trascendental importancia las aproximaciones de la psicología de la salud. No cabe duda que un sistema sanitario que pretenda fundamentarse sobre la promoción de la salud y sobre la prevención primaria de la enfermedad, como ya lo señalé antes, requiere de un fomento importante de las acciones de carácter psicosocial, en comparación con las acciones de carácter biomédico. Las últimas han sido las dominantes, por tratarse de un sistema centrado en la atención de la enfermedad, más que de la salud. Pero no cabe duda que el cuadro epidemiológico actual de nuestra población demanda con urgencia de un incremento proporcionalmente mayor de las medidas que tienen que ver con la responsabilidad social y con la responsabilidad individual en la atención del proceso salud-enfermedad, sin que ello implique, de ninguna manera, el desmejoramiento o la desatención de los factores biológicos. Un microproceso de salud de importancia actual creciente, como lo es el relacionado con el SIDA, demanda por igual de acciones psicosociales para promover el uso del

preservativo en las relaciones sexuales, que de acciones biológicas para el desarrollo necesario de la vacuna.

Estos objetivos de la psicología de la salud le confieren a la disciplina una entidad propia, con fundamentos teóricos, metodológicos y técnicos bien establecidos, y con una perspectiva más amplia que la de la medicina psicosomática o cualquiera otra de las disciplinas que le antecedieron y que, de alguna forma, constituyen sus ancestros

naturales. Esto hace pensar en la psicología de la salud como un nuevo paradigma en la teorización y en la práctica de la relación existente entre la Psicología y la Salud.

A quienes se interesen en una revisión detallada de la historia, fundamentos y aplicaciones clínicas en Psicología de la Salud, se les recomienda la lectura del número monográfico que la Revista Latinoamericana de Psicología dedicó al tema (1988).

BIBLIOGRAFIA

- Bersh, D. (1983) EL FENOMENO DE LA SALUD. Bogotá: ICFES - ASCOFAME.
- Birk, L. (1973). BIOFEEDBACK: BEHAVIORAL MEDICINE. New York: Grune & Stratton.
- Eysenck, H.J. (1987) Anxiety, learned helplessness and cancer. A causal theory. JOURNAL OF ANXIETY DISORDERS. Vol. 1, 87-104.
- Flórez, L. (1986) Justificación de la docencia de la psicología experimental en la psicología colombiana. REVISTA DE PSICOLOGIA, Universidad Nacional de Colombia, Vol. XXV, 27-35.
- Friedman, M. y Rosenman, R.H. (1959) Association of specific overt behavior patterns with blood and cardiovascular findings. JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, Vol. 169, 1296.
- Lazarus, R.S. (1966) PSYCHOLOGICAL STRESS AND THE COPING PROCESS. New York: Mac Graw-Hill.
- Lazarus, R.S y Folkman, S. (1984) STRESS, APPRAISAL AND COPING. New York: Springer-Verlag.
- Matarazzo, J.P. y Carmody, T.P. (1985). Health Psychology. En Hersen, M.; Kazdin, A.E. y Bellack, A.S. (Eds.) THE CLINICAL PSYCHOLOGY HANDBOOK. New York: Pergamon Press.
- Pomerleau, O.F. y Brady, J.P. (1979), BEHAVIORAL MEDICINE: THEORY AND PRACTICE. Baltimore: The Williams and Wilkins Co.
- Real Academia Española (1984). DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Madrid: Ed. Espasa-Calpe, S.A.
- Revista Latinoamericana de Psicología (1988), NUMERO MONOGRAFICO DEDICADO A LA PSICOLOGIA DE LA SALUD. Vol. 20 (1).

- Schwartz, G.E. (1982. a). Integrating psychobiology and behavior therapy: A systems perspective. En: Wilson, G.T. y Franks, C.M. (Eds) CONTEMPORARY BEHAVIOR THERAPY. New York: Guilford, pgs. 119-141.
- Schwartz, G.E. (1982 b). Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine? JOURNAL OF CONSULTING AND CLINICAL PSYCHOLOGY, Vol. 50 (6), 1040-1053.
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M. (1978). Behavioral medicine revisited: An amended definition. JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE. Vol. 1 (3), 249-251.
- Selye, H. (1936) A Syndrome produced by diverse nocuous agents. NATURE, Vol. 138,32.
- Selye, H. (1974) STRESS WITHOUT DISTRESS. New York: Lippincott.
- Selye, H. (1982) History and present status of the stress concept. En: Goldberger, L. y Brenznitz, S. (Eds.) HANDBOOK OF STRESS. New York, Free Press.
- Valdés Miyar, M. (1983) La enfermedad psicósomática: modelos y teorías específicas. En: Valdés, M.; Flores, T.; Tobeña, A. y Massana, J. (Eds.) MEDICINA PSICOSOMÁTICA: BASES PSICOLÓGICAS Y FISIOLÓGICAS. México: Trillas, 9-91.
- Valdés Miyar, M. y Flores, T. (1985) PSICOLOGÍA DEL ESTRES. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Vinaccia, S. (1988) Historia de la medicina comportamental en Colombia. REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA, Vol. 20 (3), 385-390.
- Vinaccia, S. (1989) Psicología de la salud en Colombia. REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA, Vol. 21 (2), 255-260.
- Wittkower, E.D. y Dudek, S.S. (1979) Medicina psicósomática: la interacción mente cuerpo sociedad. En: Wolman, B.B. (Ed.) MANUAL DE PSICOLOGÍA GENERAL. Vol. II. Barcelona: Editorial Martínez Roca, 207-276.