



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**La importancia del apoyo social en las  
enfermedades crónicas: Una revisión desde  
la psicología de la salud.**

**T E S I S**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**  
**P R E S E N T A (N)**

**José Roberto Pérez Rodríguez**

Directora: Lic. **Juana Olvera Méndez**

Dictaminadores: Mtro. **Enrique Bernabé Cortes Vázquez**

Mtra. **Esther María Marisela Ramírez**

Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2011.





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# **A GRADecIMIENTOS**

## **A DIOS**

Por ser la guía en todas y cada una de mis decisiones y la fuerza suprema sin la cual no podría estar en este mundo, ni disfrutar de la belleza que hay en él.

## **A MIS PADRES**

Gracias, por darme la oportunidad de llegar a este mundo y conocer el amor incondicional, por darme las herramientas para ser un hombre y así salir a delante.

## **A MI ESPOSA**

Por ver siempre más haya de lo que yo mismo quise ver de mí, por amarme y exigirme siempre ser mejor día con día, Te amo, y siempre será así mientras tú me des la oportunidad.

## **A MI HIJO**

Porque con tu llegada, cambiaste mi vida haciéndome un ser más feliz y una mejor persona. Por darme un poco del tiempo que ya era tuyo para poder concluir todos mis proyectos, como esta tesis, te juro que te lo recompensare. Te amo mucho hijo.

## **A JUANITA OLVERA**

Por ser mi amiga y maestra, no solo en la escuela, sino en la forma de superar los obstáculos de la vida, por tu apoyo y tu consejo incondicional y sincero.

## **A TODOS MIS PROFESORES**

Por que con sus lecciones, sus consejos, llamadas de atención y gran amor por su trabajo, lograron que yo me enamorara más de la psicología y aprendiera a respetarla.

### ***A MIS AMIGOS***

Por siempre mostrar el lado amable de la vida, por sus juegos y sonrisas, por hacer de la etapa de estudiante, una de las más memorables de mi vida y enseñarme a compartir mis emociones buenas y malas.

### ***AL C.P. POUMIAN***

Por que además de jefe eres mi amigo, con la oportunidad que me diste de trabajar contigo, me enseñaste que todas las metas se pueden alcanzar siempre y cuando se trabaje duro y que, la justicia se da solo en los tribunales, en el trabajo solo hay resultados y nada más.

### ***A TODAS Y CADA UNA***

De las personas que merecen ser mencionadas en este trabajo, porque con el solo hecho de existir aportan experiencias, alegrías, tristezas, aventuras, y tantas otras cosas a mi vida, las cuales contribuyen a que el día de hoy este ante Dios dando cierre a un capitulo muy importante de mi vida; a quienes no nombrare uno por uno para no olvidar a ninguno de ustedes.

### ***A LA UNAM***

Por dejarme ser uno de tus orgullosos hijos de sangre azul y piel dorada, feliz por formarme en una institución con valores, profesionalismo, ética y un sentido de profesionalismo único.

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b> .....	6
<b>INTRODUCCION</b> .....	7
<b>CAPITULO 1. SALUD Y ENFERMEDAD.</b>	
1.1. Definición conceptual de la salud y enfermedad.....	9
1.2. Aspectos psicológicos que tienen que ver con la salud y enfermedad.....	13
1.2.1. El Estrés.....	15
1.2.2. Hábitos y comportamientos.....	17
<b>CAPITULO 2. SURGIMIENTO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD.</b>	
2.1. Antecedentes históricos. ....	20
2.2. Definiciones de Psicología de la Salud. ....	24
2.3. Modelos teóricos en el trabajo con la salud, desde una perspectiva psicológica. ....	26
2. 4. Modelos Teóricos en Psicología de la Salud. ....	29
2.4.1. Modelo Cognitivo- Social.....	30
2.4.2. El Modelo de creencias en salud.....	30
2.4.3. Teoría de la acción razonada (planeada).....	31
2.4.4. Modelo de reducción de riesgo.....	31
2.4.5. Modelo Transteórico de cambio conductual.....	31
2.4.6. Modelo Integrativo.....	32
<b>CAPITULO 3. EL PAPEL DEL PSICÓLOGO DE LA SALUD.</b>	
3.1. Disciplinas con las que se relaciona el psicólogo de la salud. ....	34
3.2. Campo laboral del psicólogo de la salud. ....	39
3.2.1. Investigación.....	42
3.2.2. Tratamiento.....	42
3.2.3. Promoción y mantenimiento de la salud.....	43
3.2.4. Prevención.....	43

3.2.4.1. Prevención Primaria.....	44
3.2.4.2. Prevención Secundaria.....	47
3.2.4.3. Prevención Terciaria.....	47
3.3. El Papel que juega en torno a la enfermedad crónica.....	49

#### **CAPITULO 4. ENFERMEDADES CRÓNICAS.**

4.1. Definición conceptual de enfermedades crónicas- degenerativas. ....	51
4.2. Hábitos saludables y no saludables. ....	55

#### **CAPITULO 5. APOYO SOCIAL.**

5.1. Definición de apoyo social .....	60
5.2. Tipos de apoyo social. ....	64
5.3. Apoyo recibido y percibido.....	66

<b>6. CONCLUSIONES.....</b>	<b>77</b>
-----------------------------	-----------

<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>89</b>
--------------------------	-----------

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como finalidad destacar el papel fundamental de la psicología de la salud, en las enfermedades crónicas y la relación con el apoyo social. Para ello, se revisa conceptualmente lo que a lo largo de algunos periodos de la historia se ha definido como salud y enfermedad, pasando de las visiones animistas y espirituales, hasta aquellas en las que se considera el carácter biopsicosocial que compone este tópico en cada individuo. Una vez que se tiene definido lo que es la salud, se revisa cuales han sido los acercamientos que la psicología ha tenido para trabajar con este tema, hasta llegar al a psicología de la salud y su énfasis en el carácter multidimensional del individuo. Lo anterior, nos permite enfocarnos en un aspecto complejo y difícil de la salud de las personas y es ¿como actúan estas cuando se encuentran en el rol de enfermos crónicos?, así como las herramientas que puede emplear el psicólogo de la salud para contribuir a mejorar la calidad de vida de este tipo de pacientes, una de las cuales es el apoyo social. Encontramos que el apoyo social, es un elemento muy significativo en el tratamiento de este tipo de enfermedades.

# INTRODUCCION

El término salud ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad, tanto como constructo teórico, como elemento constituyente de cada ser humano. El mismo camino ha recorrido el término enfermedad ya que son dos conceptos y condiciones que al inicio de su estudio se consideraban complementarias. Por un lado, autores como Galeno en la Grecia antigua, consideraban que la salud era la ausencia de enfermedad y causada por un desequilibrio entre lo bueno y lo malo en una persona. Pero, como veremos en el capítulo 1, las definiciones de salud han cambiado desde las animistas y teológicas hasta aquellas multidimensionales que incluyen los aspectos sociales, biológicos y psicológicos del individuo, pondremos en este capítulo especial énfasis en aquellos aspectos psicológicos que interviene en la condición de salud, como son los repertorios conductuales, el manejo del estrés, entre otras.

En el capítulo 2 y una vez que tengamos el concepto de salud y sus componentes psicológicos, podremos establecer como las diferentes teorías y corrientes en psicología han intentado abordar y trabajar en el mantenimiento de la salud de las personas. Desde la medicina psicosomática, pasando por la medicina conductual hasta llegar a la psicología clínica, la cual es en gran medida la predecesora de lo que hoy conocemos como psicología de la salud.

Si bien es cierto, que las diferentes perspectivas psicológicas han trabajado de forma efectiva en el tema de la salud, la psicología de la salud, reviste un cambio radical en la forma de trabajo que las otras perspectivas tienen para abordar el tema de la salud, ya que tiene un enfoque preventivo más que de intervención, lo cual implica que el sujeto no solo tiene salud cuando no se encuentra enfermo o no presenta alguna sintomatología, sino que es capaz de cuidar su salud modificando conductas de riesgo, así como hábitos que pueden derivar en una enfermedad. Por lo anterior, el campo de trabajo del psicólogo de la salud es distinto al de otros profesionales, ya que puede, como lo veremos en el capítulo 4, lograr cambios en los hábitos saludables y no saludables que los sujetos poseen como parte de su repertorio conductual o estilo de vida, previniendo que estos



deriven en una enfermedad que puede ser de carácter crónico o temporal. Para el caso de las enfermedades crónicas debe de entenderse que no solo implican una probabilidad más alta de muerte en el corto plazo, sino que además, durante todo el tiempo que duren afectan de manera sustancial la vida del sujeto no solo a nivel personal, sino de sus relaciones y redes sociales, laborales, familiares.

Entendamos que la respuesta que el entorno social tenga respecto a la condición crónica de enfermedad del sujeto, será de vital importancia en la respuesta que el enfermo crónico tenga ante su situación. Esta interacción la veremos explicada en el capítulo 5 del presente trabajo, ya que hablaremos de qué se entiende como apoyo social y la complejidad de términos y aspectos de la vida de un sujeto que se ven involucrados al hablar de este tema. Por otra parte, la percepción que el sujeto tenga del apoyo que su medio social le brinda determinará en gran medida, el uso de sus herramientas de afrontamiento para actuar ante su condición.

La revisión de los diferentes temas que integran este trabajo, nos permitirá cumplir el objetivo de establecer la relevancia de la relación entre el apoyo social como herramienta de la psicología de la salud y la calidad de vida de un enfermo crónico.

En conclusión, el apoyo social constituye un elemento de trabajo importante para la psicología de la salud cuando interviene en el tratamiento de personas con enfermedades crónico degenerativas, principalmente, porque al lograr que el apoyo, ya sea real o percibido que el paciente recibe, sea utilizado por este como un detonante para el adecuado empleo de sus herramientas de afrontamiento lo cual puede mejorar su calidad de vida.

# CAPITULO 1

## SALUD Y ENFERMEDAD

### 1.1. Definición Conceptual de Salud y Enfermedad

Actualmente hablar de salud es algo tan común, que podemos decir que es un tema de actualidad, por la importancia que reviste para poder vivenciar todas y cada una de las etapas y actividades que cada ser humano afronta a lo largo de su vida. Pero, al hablar de salud aparece necesariamente su contraparte, el concepto de enfermedad, ya que para entender una debemos conocer los alcances y características de su contraparte.

Esta relación de co-dependencia que se ha manejado desde siempre en lo referente a los conceptos de salud y enfermedad, viene determinada por que una es la ausencia de la otra en una relación muy lineal, en esta temática se ha atravesado por varios aspectos como medios para explicar el origen de una u otra pasando por los místicos, los religiosos y aquellos en los que se maneja una lucha entre el bien y el mal, también se habla de una responsabilidad netamente del sujeto y en otros existe la implicación de fuerzas sobrenaturales que determinan la existencia de salud o enfermedad. Para poder entender como es que se han ido modificando los concepto de salud y enfermedad, es necesario revisar como es que en diferentes épocas y culturas se le conceptualizado (Weiss, 1978).

Los primeros acercamientos a la definición de enfermedad los encontramos en el pueblo Babilónico hace 45 siglos, quienes creían que la enfermedad era una impureza moral o espiritual provocada por los dioses como replica a una trasgresión moral. La violación de las leyes divinas desembocaba en enfermedad. Para los Griegos, la enfermedad también era de origen divino, pero la impureza ya no era moral, sino física y por lo tanto, tratable con baños purificadores. Esto fue un salto conceptual enorme ya que si la enfermedad era causada por los dioses y significaba una impureza del alma, el hombre no tenía acceso a ella (cosa de los dioses), es decir, no podía ser curado por otros hombres, sólo por el perdón de un

Dios. Pero sí la impureza estaba en lo físico (cosa de los hombres), un hombre que conociera las leyes de la naturaleza (physis), podía curar a otros (Balcells, 1978). Ellos fueron los primeros en conceptualizar a la enfermedad como un fenómeno natural... “La enfermedad surgía como consecuencia de un desequilibrio entre los humores que circulaban por el cuerpo” (Becoña y Oblitas 2000 p. 2).

En la época del renacimiento se creía que la enfermedad es el resultado del desequilibrio ecológico en el funcionamiento del organismo vivo, ya que dicho desequilibrio modifica el estado de bienestar que se contrapone a la enfermedad. (San Martín 1979).

Otra concepción más concreta la encontramos en Howard (1982), quien argumentaba que la enfermedad es el estado anormal del cuerpo o de la psique, con desequilibrio de una o más funciones. Se califica de enfermedad a cualquier estado del cuerpo que hace a una persona menos sana de lo que se considera “normal” (en medicina la palabra normal se usa comúnmente como sinónimo de salud). Con esta definición, se entiende que cualquier perturbación del funcionamiento normal del cuerpo manifestada por síntomas que siguen un curso previsible, el cual distingue a este estado de todos lo demás se llama enfermedad.

Según el diccionario de ciencias de la salud, enfermedad es un proceso patológico definido, que presenta un conjunto característico de signos y síntomas, y que afecta a todo el cuerpo o a cualquiera de sus partes, cuya etiología patología y pronóstico pueden ser conocidos o no. (Weller 1997).

Otra de las definiciones que desde la medicina se tienen es la esbozada por Mora y Hersch (1990), quienes plantean que la enfermedad puede ser entendida como un proceso patológico que implica una alteración en la estructura o función del cuerpo en alguno de sus órganos o tejidos, lo que es derivado por agentes patógenos tales como virus, bacterias o en su defecto por un inadecuado patrón de conducta que propicia una alteración en la condición de correcto funcionamiento del organismo y sus componentes.

Podemos claramente observar, que el concepto de enfermedad ha ido cambiando su origen y razón de ser, pasando de ser una concepción netamente animista y teológica, en la que se confiere la cualidad de enfermedad a todo aquello que el sujeto obtiene como resultado de una mala acción o como resultado de sus pecados, hasta la concepción algo más actual que la implica como la alteración de estados fisiológicos y biológicos en el individuo.

Una vez que hemos revisado cuales han sido las diferentes concepciones que se han dado al término enfermedad a través de la historia, debemos conocer cuales son las opciones que se tienen para definir su contraparte: el estado de salud en el individuo. Las versiones más antiguas del término salud, se encuentran con los antiguos Hebreos en el año 1000 a. C., quienes consideraban que la salud es un regalo de Dios, dado que la enfermedad es un castigo divino.

El primer médico de la era moderna se erige en la figura del célebre romano Galeno, quien en los años 130-200 d. C. quien define el estado de salud, como la ausencia de elementos patógenos, como el aire en mal estado o los fluidos corporales espurios, que causan enfermedades.

El Filósofo francés del Siglo XVI Rene Descartes, habla de la salud como un estado en que el cuerpo mecánico, se ve afectado por agentes externos, pero desligado de la mente. Es decir veía la enfermedad como un estado meramente orgánico.

Es en el siglo XVIII que surge otra acepción del termino salud, determinada en gran parte por la revolución industrial y su afectación en el plano legal, en dicha definición encontramos como nota característica que la salud es concebida como derecho y obligación universal teniendo reconocimiento legal y participación estatal basándose en los derechos del hombre, la cual nace desde las revoluciones políticas a los sistemas de seguros sociales y de seguridad social; cuyas disciplinas son los derechos fundamentales, de la seguridad social a la asistencia sanitaria, utilizando métodos de trabajo basados en la misma legislación de la seguridad social derivados de programas políticos.

Siguiendo la línea política encontramos la propuesta sanitaria que retoma la salud como un estado positivo y colectivo. Estudiando la transmisión social de la

enfermedad, basándose en la prevención, su historia se desprende de medidas profilácticas desde la antigüedad y desarrollándose en el método científico a partir del siglo XIX cuyas disciplinas son la medicina preventiva y social, sanidad y salud pública, utilizando métodos de trabajo como encuesta sanitaria a la población y su ambiente, realizando programas de salud basados en la epidemiología, otorgando educación sanitaria a través del fortalecimiento de la prevención individual.(Vega, 2000).

Aquí empieza a aparecer el carácter bio-psico-social de la concepción del termino salud, al tomar en cuenta la necesidad de prevenir y concientizar a las personas sobre la importancia de adoptar y fomentar un estilo de vida más saludable, considerando que si bien la salud es un problema de salud publica, para ser trabajado de forma adecuada y lograr los cambios en la política de salud reinante en una cultura o sociedad, es indispensable el fortalecimiento de la salud individual como pilar de dicho estilo de vida saludable, retomando aspectos que antes no habían sido contemplados en la definición de salud que se a desarrollado a lo largo de la historia (San Martín, 1988).

Las anteriores definiciones, y concepciones desde que se ha abordado el concepto de salud y enfermedad, dan la pauta para llegar a una definición de salud que ha logrado alto grado de aceptación que es la ofrecida por OMS/UNICEF, la cual nos dice que la salud es el completo estado de bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho fundamental, y el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social importantísimo en todo el mundo(Mora y Hersch, 1990).

Esta definición de salud, propuesta por la OMS integra varios aspectos de la vida de todo sujeto, como son los psicológicos, orgánicos y sociales, con lo cual abarca aspectos más amplios que implican que la salud de los seres humanos esta íntimamente ligada con el estilo de vida y la forma en que se concibe, tanto la salud como la enfermedad. Para conocer más detalladamente como es que estos factores y en especial el psicológico determinan e influyen en la percepción que cada persona tiene de estos dos conceptos, profundizaremos en los factores psicológicos ligados al proceso de salud-Enfermedad.

## **1.2. Aspectos Psicológicos que tienen que ver con salud y enfermedad.**

Ahora que hemos revisado de forma general las modificaciones que en la concepción de Salud-Enfermedad se han presentado a lo largo de la historia, debemos tomar en cuenta lo que Oblitas, (2005) manifiesta en clara referencia a la época actual y como la concepción de Salud y enfermedad debe modificarse para dar entrada a factores que son relevantes en la calidad de vida y en el estado de salud o enfermedad que el individuo presenta, haciendo una crítica al modelo médico el cual ha tenido en cuenta el paciente, pero ha olvidado el contexto psicosocial en el que vive y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad.

Esta concepción abre camino para hablar de la psicología de la salud, la cual a decir de Oblitas (2005) marca como principal premisa el abordaje de la salud de una forma multidisciplinaria y multifactorial, esta, visión es apoyada por Pérez y Nahi (2006) quienes argumentan que para dar mayor alcance a las acciones en pro de la salud, debemos entender que la ausencia de enfermedad no es sinónimo de salud. En muchos casos la "curación", lograda con el tratamiento médico, no garantiza que el paciente recupere los repertorios funcionales que antes poseía, y mucho menos que incorpore un sistema de creencias, emociones y acciones que faciliten la salud, objetiva y subjetiva.

Esta redefinición de lo que es el binomio Salud y Enfermedad en la que sus alcances incluyen a otros elementos inherentes al ser humano, nos llevan a revalorar, lo que es la psicología de la salud sin limitarla en sus alcances y objetivos. Dado que para un mejor estudio y comprensión, así como aplicación de los logros que en psicología de la salud se puedan tener, debemos tomar en cuenta que al incluir los factores sociales, económicos, educacionales y por supuesto los fisiológicos y biológicos, estamos dando un mayor abanico de opciones que permitan aplicar la psicología de la salud en programas preventivos y de intervención. (Abalo y Victoria, 2006).

Existen otros autores que apoyan el abordaje multifactorial para trabajar con el tema de la Salud como una estrategia que se diferencie significativamente del

modelo medico, el cual solo aborda la salud desde la perspectiva física y que además en la mayoría de los casos solamente trabaja en el nivel de intervención, es decir entra en acción cuando ya se presenta la enfermedad y deja de lado la oportunidad de prevenir dichas enfermedades, a excepción del trabajo que se lleva a cabo con las vacunas que son el principal medio preventivo que maneja el modelo medico. (Fishbein, 1975).

Uno de los autores que apoyan esta afirmación es Godoy (1991) quien plantea que en los últimos veinte años se ha denotado un crecimiento notorio en la importancia que los aspectos psicológicos revisten en la adecuada definición de lo que se entiende por salud, volviéndola un elemento más integral y aterrizado a las circunstancias que componen el contexto en que se desenvuelve cada sujeto, retomando el aspecto multifactorial de la compleja relación salud enfermedad y de los procesos de sanar y enfermar.

Dentro de lo que se refiere a los aspectos Psicológicos de dicho proceso de Salud- enfermedad, pudiéramos remontarnos hasta la época griega con Aristóteles para encontrar las primeras relaciones entre el pensamiento y la salud, es decir entre la psicología y las enfermedades orgánicas, ya que los Griegos creían que ciertos procesos psicológicos podían culminar en la manifestación de una enfermedad física (Rithenhouse, 1978; Citado en Phares, 1996).

En nuestra época, encontramos que desde las diferentes perspectivas psicológicas como la Freudiana, también se ha revisado la relación entre ciertos procesos psicológicos y la manifestación física de algún trastorno orgánico. Ejemplo de esto es Sigmund Freud quien en el año de 1889, después de estudiar con Charcot el proceso en el que las mujeres desarrollaban una parálisis a partir de un evento traumático, encontraron que, al trabajar con el recuerdo inconsciente de dicho evento a través de la hipnosis se podía eliminar la parálisis, esto dio origen al estudio de los aspectos psicológicos que inciden en el proceso de salud - enfermedad. (Freud citado en Obras Completas 1992).

A partir de estudios como el de Freud y Charcot encontramos que no es solo el cuidado corporal o de alimentación lo que genera una enfermedad, sino que todas aquellas conductas que el sujeto presenta y que desencadenan o posibilitan que

se presente una enfermedad y que van desde las más básicas, como la adherencia al tratamiento cuando se lleva un proceso de enfermedad leve y que se puede complicar en algo más grave, al mal manejo de la tensión en las actividades diarias que puede provocar trastornos en el estado saludable del individuo, entre los que podemos encontrar los siguientes:

### **1.2.1. El estrés.**

Todavía no se conocen todos los mecanismos por los que se produce esta influencia, pero se conocen algunos datos importantes relacionados con la respuesta del ser humano ante el estrés.

La respuesta ante el estrés se refiere al modo como afrontamos aquello que consideramos peligroso o que supone una amenaza para nosotros (evento estresante). Aunque algunos eventos estresantes son comunes y producen reacciones similares en todas las personas (por ejemplo, el ataque de un oso), la mayoría de los estresores de nuestra vida diaria son, en gran parte, subjetivos de modo que lo que resulta estresante para una persona puede no serlo para otra. Esta diferencia depende del modo en que las personas interpretan los acontecimientos; es decir, de lo que piensan respecto a ellos.

Por ejemplo, la posibilidad de perder a su pareja puede hacer que una persona esté continuamente ansiosa porque piensa que sería terrible que su pareja le dejara, que no podría vivir sin él o ella y que el abandono significaría que no es digno(a) de amor y que no va a encontrar a nadie más. En cambio, otra persona puede pensar que el abandono sería doloroso, pero no una catástrofe, que podría ser feliz sólo/a, como lo era antes y que con el tiempo puede formar otra relación y volver a enamorarse. Esta persona puede estar preocupada por la posibilidad de perder a su pareja, pero al tener un pensamiento más racional, no llegará a sentirse ansiosa. (Buceta, .2001).

Esta conducta de ansiedad asociada al estrés, puede propiciar otro tipo de trastornos que determinarían en algunos caso la aparición de algún tipo de enfermedad orgánica como puede ser la gastritis, colitis nerviosa o una serie de



dolores de cabeza que pueden terminar en migraña, como vemos una conducta o aspecto psicológico que puede ser controlado por el sujeto, una vez que sale de control implica una modificación en el estado de salud de los individuos, pero hay que dejar muy claro que no es el estrés en si lo que genera la enfermedad, sino que al responder a una situación estresante que no sabemos manejar dejamos de llevar a cabo acciones que se pueden entender como conductas saludables, (comer a horas adecuadas y saludablemente, no fumar, etc.). (Geen, 1976; en Phares, 1999).

Esto que pudiera parecer sin relación aparente tiene una explicación desde el punto de vista psicológico, ya que una vez que se percibe una amenaza a nuestro bienestar psicológico o físico (real o imaginada), se ponen en marcha varios mecanismos fisiológicos. Por un lado, debido a la activación del sistema nervioso simpático, se liberan las hormonas llamadas adrenalina y noradrenalina cuya función es la de preparar el organismo para la huida o la lucha ante una amenaza (aumenta el metabolismo, aumenta el ritmo cardíaco y la frecuencia respiratoria, aumenta la sudoración, mejora el flujo de oxígeno a los músculos principales, etc.). Es lo que suele llamarse ansiedad (cuando es intenso) o nerviosismo (cuando es más leve). Cuando esta respuesta se vuelve crónica puede tener efectos perjudiciales en el organismo, porque lo obligamos a trabajar a marchas forzadas o fuera de su funcionamiento normal.

Por otro lado, ante el estrés y la ansiedad asociada al mismo, el sistema inmunológico puede tener una disminución en la capacidad del organismo para resistir el embate de ciertos agentes causantes de enfermedades.

Otro de los factores psicológicos que son determinantes en la aparición de enfermedades son los hábitos y conductas que el sujeto lleva en su diario vivir, por lo que las enfermedades se vuelven una consecuencia de un descuido o de una inadecuada forma de llevar los eventos de la vida, por lo que el estilo de vida se vuelve poco saludable y favorecedor de consecuencias negativas en la salud tanto fisiológica como mental del sujeto, al implicar resultados en todos los contextos en que se desenvuelve un sujeto que no goza de un estilo de vida saludable o que ve mermado su estado de bienestar. Pero, veamos un poco más a detalle como es

que se da la implicación de los hábitos y comportamientos en el estilo de vida del sujeto.

### **1.2.2. Hábitos y comportamientos.**

Los hábitos y estilos de vida poco saludables como el tabaco, el alcohol en exceso, la falta de ejercicio, la alimentación inadecuada, la falta de sueño, etc. influyen también en la fisiología del organismo y contribuyen a la aparición de la enfermedad o bien a la aparición de problemas psicológicos que, a su vez, contribuyen a la aparición de la enfermedad. Por ejemplo, el tabaco puede producir directamente una bronquitis crónica, o bien puede producir síntomas como aumento crónico del ritmo cardíaco y náuseas lo cual a su vez, aumenta la sensación de nerviosismo general y la predisposición a sentir ansiedad. Si esta persona interpreta estos síntomas de ansiedad como algo muy desagradable y negativo, es posible que se sienta aún más ansiosa al notar dicha ansiedad, con lo cual esta aumenta, afectando a su vez, al organismo como hemos explicado en el apartado que habla específicamente del estrés.

Hasta este momento de la revisión de los aspectos psicológicos del proceso salud-enfermedad, encontramos una constante que es la ansiedad como mecanismo psicológico del organismo que hace que el sujeto se enfrasque en un círculo vicioso en que el estrés y los hábitos y costumbres, generan un cierto nivel de ansiedad que su vez da pie a que dichas respuestas de adaptación al medio se repitan o generalicen, generando con ello mayores niveles de ansiedad y por ende mayores probabilidades de que se genere una enfermedad que derivaría en consecuencias poco agradables para el sujeto.

Los dos anteriores aspectos revisados como elementos psicológicos en el proceso de salud y enfermedad tiene algo en común, que es un estado ansiogeno del cual derivan trastornos a nivel orgánico, como puede ser una colitis nerviosa y seguir el proceso de desgaste en el organismo conforme aumenta la ansiedad y la naturalidad con que esta es percibida, hasta derivar en una gastritis o peor aun en una ulcera que puede ser riesgo de muerte por causa de un derrame interno, todo

esto provocado por un encadenamiento de conductas poco saludables que el individuo no supo como afrontar. En lo antes expuesto podemos identificar el siguiente aspecto psicológico a considerar, el cual es determinante cuando alguien ya presenta una enfermedad leve y se encuentra llevando un tratamiento medico.

En esta búsqueda de ayuda influirá la frecuencia con la que se presenta la enfermedad en el grupo social al que pertenece el individuo enfermo y la valoración que dicho grupo hace de las manifestaciones del trastorno.

Una vez mas la cultura imperante en el sitio donde el individuo es participante y el cómo enfrente la presencia de enfermedad será el resultado de un proceso general de dicho individuo, es decir, todas aquellas experiencias adquiridas en; el hogar, la escuela, la vida dentro de su comunidad. Este proceso le ha venido proporcionando las herramientas necesarias para conseguir hacer frente a la enfermedad en cuestión y dará la pelea, todo esto con el fin de recuperar la salud, término por demás complejo por los componentes que en el se implican.

Podemos darnos cuenta que enfermedad y salud, son términos inseparables y demasiado complejos para tratar de darles una conclusión definitiva, puesto que en ellos intervienen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales del individuo en su máxima expresión, es decir, cada uno de estos elementos esta incluido en el otro, esta inclusión hace del ser humano un ser integral en la búsqueda de un balance armónico en todo su cuerpo, incluyendo las diferentes dimensiones que en este existen. Autores como Jores, (1961), San Martín, (1979) y Vega, (2000), postulan apoyando lo anterior, que la salud o enfermedad del individuo dependerá de una larga lista de factores entre los que destacan la biografía, que es todo el bagaje genético e histórico del individuo como es el hogar, la escuela, el nivel económico, las creencias culturales, vivencias, etcétera, y un buen manejo o equilibrio interior del ser humano entre todos estos elementos redundará en un estado psicológico satisfactorio que se traduce en buena salud y ausencia de enfermedad.

Si bien es cierto, que la condición de tener salud o carecer de ella en el caso de la enfermedad, son conceptos que a lo largo de la historia han requerido de un análisis que generalmente ha sido llevado a cabo por las disciplinas medicas,

filosóficas y hasta teológicas, es el carácter multifactorial y poli-dimensional, el que nos obliga a considerar desde una perspectiva psicológica como es que se construye la salud o la enfermedad en el individuo.

Partiendo de la idea de que lo psicológico forma parte de la condición de salud o enfermedad, es que surge la psicología de la salud, pero no solamente como una interpretación de la medicina desde el enfoque de un psicólogo, sino como algo más complejo, que no solo se queda en el nivel interpretativo o diagnóstico. Pero veamos como es que la psicología de la salud surge y evoluciona para dar respuesta a algunas de las interrogantes que otras disciplinas o teorías no pueden contestar o dejan en un nivel muy superficial de trabajo.

## CAPITULO 2

# SURGIMIENTO DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

### 2.1. Antecedentes Históricos.

El concepto de Salud vs. Enfermedad ha tenido una importante variación en las concepciones teóricas y filosóficas que lo aborda, desde las que solo lo contemplan como la variación en los niveles de integridad biológica o fisiológica, hasta quienes la visualizan y abordan como el resultado del contexto bio-psico-social en el que el sujeto se desenvuelve, porque si limitamos la definición de Salud, estamos también limitando los alcances que las diferentes disciplinas que la abordan pueden tener, determinando un tratamiento solo correctivo al hablar de salud (Amigo, Vázquez, 1998).

Es por eso que debemos conocer como es que desde la perspectiva psicológica se ha tratado de dar explicación y solución al tema de la salud y sus implicaciones en la calidad de vida de los individuos, concepto por demás relevante ya que permite entender la complejidad del fenómeno que nos ocupa al visualizar la salud como parte de un todo: *la vida del sujeto*.

Autores como Schofield, Stone, y Weiss coinciden en señalar que el término y la denominación de "psicología de la salud" como actividad singular, surge en el seno de la **American Psychological Asociación** (APA) como producto de una serie de sucesos históricos que fueron dando forma a esta nueva rama de la psicología.

Es en el año de 1969, William Schofield publicó un artículo en la revista *American Psychologist* que precipitó de alguna manera el surgimiento organizado de lo que posteriormente se denominó Psicología de la salud. En este artículo Schofield afirmó que sólo el 9% de aproximadamente 4700 artículos publicados entre 1966 y 1967 de la *Psychological Abstract* se referían a tópicos no incluidos tradicionalmente dentro del campo de la salud mental; es decir en ese período se habían publicado muy pocos artículos sobre temas de aplicación de la psicología al campo de la salud. En ese artículo el autor subraya la escasa consideración de

la psicología en el campo de los servicios de salud, carente de elementos frente a otros profesionales sanitarios. Pero también se indicaba las posibilidades de que esa presencia llegara a ser importante y significativa señalando que dicha colocación dependía en muy buena parte de las decisiones y de los intereses de los propios psicólogos. (Stone, 1990).

A consecuencia de la publicación de este trabajo, la *American Psychological Association* organizó en 1973 un grupo de trabajo sobre investigación en salud, que fue coordinada por el propio Schofield. Las conclusiones a las que llegó el grupo luego del análisis de los *Psychological Abstracts* entre los años 1966 y 1973, fueron:

"...hasta el momento, los psicólogos americanos no se han sentido muy atraídos por los problemas de la salud y la enfermedad como áreas fecundas para la actividad investigadora tanto básica como aplicada; estos psicólogos no han percibido los beneficios que entraña para su trabajo a la hora de conseguir mejoras en el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y el sistema de prestación de cuidados...."

Una encuesta realizada entre los psicólogos miembros de la APA, en el año de 1974, puso de manifiesto que sólo 52 miembros se concebían así mismos como psicólogos de la salud, basándose en sus intereses profesionales y en el objetivo de sus investigaciones.

Para el verano de 1978, y tras una serie de reuniones coordinadas fundamentalmente por Stephen M. Weiss, Joseph D. Matarazzo y Gorge C. Stone, los miembros de la Sección del APA dedicada a estudiar en forma generalizada los aspectos de salud y otros estudiosos interesados en el tema, elevaron una petición para alcanzar el estatus de División en la reunión que la APA celebró ese año en Toronto, aprobándose entonces la constitución de la División de Psicología de la Salud (División 38), cuyos objetivos fundamentales son los siguientes:

Promover las contribuciones de la psicología como una disciplina interesada en la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica;

Alentar la integración de la información biomédica acerca de la salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico actual;

Informar a la comunidad científica y profesional, así como al público general, de los principales resultados de la investigación y de las actividades y servicios en esta área.

Facilitar y promover la formación de profesionales y la creación de servicios especializados en psicología de la salud.

En septiembre de 1979, Joseph Matarazzo se encarga de pronunciar el discurso presidencial de la División de la Psicología de la Salud en la reunión de la Asociación Americana de Psicología celebrada en Nueva York. Lo que dio pie a que fuera en ese mismo año que Stone, Cohen y Adler editan el primer libro con el título de Psicología de la Salud. Dando con este paso, mayor solides a la naciente rama de la psicología infiriéndole un estatus más formal presentando investigaciones al respecto.

Ya para 1980, como lo expresa Rubén Ardila (1992) el número de psicólogos que aparecen dedicados a la aplicación de la psicología al campo de la salud/enfermedades físicas es de 1500, y en 1988 sería ya de 3,500, demostrando el creciente interés de la comunidad psicológica internacional en los aspectos más finos y novedosos que se estaban trabajando en el campo de la psicología y sus aplicaciones en la salud.

A pesar de toda la creciente euforia que se desató entre los psicólogos por el estudio de la salud a través del cristal de la psicología, no es sino hasta enero de 1982 aparece el primer número de la revista de psicología de la salud (Health Psychology).

En 1983 tiene lugar la Primera Conferencia Norteamericana (que también fue la primera que se realizaba en todo el mundo) sobre la formación y entrenamiento de psicólogos de la salud, como consecuencia de la cual aparecen también, por primera vez, un conjunto de directrices para la formación de especialistas en Psicología de la Salud, y se desarrollarán programas de postgrado en este campo. La Psicología de la Salud pronto tomó eco en América Latina: en Julio de 1983 se realiza el XIX Congreso de la Sociedad Interamericana de Psicología Celebrado

en Quito, creándose un Grupo de Trabajo en Psicología de la Salud y Medicina Conductual.

Para otorgar la importancia que ha pulso se había ganado la psicología de la salud, se requería de darle difusión a los resultados obtenidos por el trabajo de los profesionales involucrados en esta especialidad y es en diciembre de 1984 que, auspiciado por la Sociedad Interamericana de Psicología, el Grupo Nacional de Psicología y la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud del Ministerio de Salud Pública de Cuba, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se celebró en la Habana Cuba el Primer Simposio Internacional de Psicología de la Salud. Los temas abordados fueron: Reproducción, sexualidad y papeles sexuales.

Psicología y salud colectiva.

Estrés y apoyo social.

Atención psicológica a enfermos crónicos.

Cuidados pre-natales.

Adicción a drogas y alcohol.

Patologías psicológicas y su dimensión social.

Servicios de salud.

Cada día más, los psicólogos de la salud son requeridos por los servicios sanitarios. En EEUU el área en la que se ha empleado un mayor número de psicólogos ha sido en los centros médicos, en los que los psicólogos han llegado a convertirse en miembros de equipos sanitarios de intervención e investigación en rehabilitación, cardiología, pediatría, oncología, medicina familiar, odontología, etc. En el Perú, diversas Universidades entre ellas la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad Nacional Federico Villarreal y la Universidad Femenina, han modificado sus programas de estudios de maestría, y la asignatura hoy denominada Psicología Clínica y de la Salud. Además diversas Facultades y Escuelas de Psicología han incluido dentro del plan de formación el curso de Psicología de la Salud (Phares, 1999).

Este recorrido histórico nos permite visualizar de forma general como es que la psicología de la salud ha ido cobrando fuerza y seriedad tanto en el campo



aplicado como en el conceptual y de investigación, permitiéndonos conocer como es que nació como área de estudio, y como es que se fue integrando al campo laboral, pero para ello debemos definir que es la psicología de la salud y sus alcances para entender mejor el tema que nos ocupa.

## **2.2. Definiciones de Psicología de la Salud.**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) define la salud como un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia, subrayando con su definición la naturaleza bio-psico-social de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores y continuamente se nos invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol.

Los pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física, es lo que podríamos denominar integración mente y cuerpo.

Resulta generalmente aceptado que el primer intento de definición formal de la psicología de la salud parece deberse a Matarazzo (1980), quien la considero como "el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas".

Esta definición acabo por convertirse en la definición "oficial", de la División de la Psicología de la Salud de la *American Psychological Association* (APA), ya que en su reunión anual 1980, fue adoptada como tal con muy pocos cambios.

A partir de ese momento, se estableció como punto de arranque conceptual para señalar los objetivos, tratando de diferenciarlas de otras especialidades afines y complementarias. Así pues, ha habido otros intentos de definir la psicología de la salud que aunque no son tan completos como lo propuesto por Matarazzo quien

pone de manifiesto el interés por no hacer de la psicología de la salud un complemento de otras áreas de la psicología, por lo tanto las revisaremos a continuación, para establecer porque en este trabajo elegiremos la definición propuesta por Matarazzo.

Uno de los intentos por definir a la Psicología de la Salud es el de Gatchell y Baum (1983), que la define como la disciplina relativa al papel primario de la psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual.

Para Bloom (1988), la psicología de la salud, hace referencia al estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionados con la salud y la enfermedad.

Sarafino (1990), lo delimita como el campo de la psicología introducido a finales de los 70 para examinar las causas de las enfermedades y estudiar vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario.

Carroble en 1993 hace un intento por delimitar la psicología de la salud señalándola como un "...área de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de la salud existentes en la actualidad..." Esta Definición de Carroble abarca mayores elementos al momento de definir lo que es la psicología de la salud, interrelacionándolos y haciendo que actúen como factores en el establecimiento de el estatus de salud en una persona. Algunos otros no fueron tan a fondo al momento de relacionar los elementos que se abordan desde la visión de la psicología de la salud, un ejemplo es Simón (1993), quien la delimita como la confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (psicología clínica, psicología básica,

psicología social, psicobiología), tanto a la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad. Dándole un carácter solamente de proveedora y no de campo de estudio en si misma.

Para Taylor (1995), es el campo de la psicología dedicado al conocimiento de las influencias psicológicas, en como la gente permanece sana, por qué enferman y como responden cuando están enfermos.

Podemos observa que para poder definir lo que es la psicología de la salud, muchos de los teóricos y estudiosos, siguieron la línea inclusiva de los diferentes niveles de trabajo en los que se puede encontrar la salud de una persona, desde la prevención hasta la intervención, aunque algunos otros solamente la establecieron como un complemento de las diferentes áreas en las que la psicología aborda las cuestiones de salud. Pero, ya que contamos con una clara definición de lo que es la psicología de la salud, podemos, para aclarar más el panorama y entender mejor el porque seleccionamos la definición propuesta por Matarazzo para este trabajo, delimitar algunos aspectos del trabajo en psicología de la salud y como estos implican un modelo multidisciplinario e integral.

### **2.3. Modelos teóricos en el trabajo con la salud, desde una perspectiva psicológica.**

Es de gran importancia para una especialidad reciente definir con claridad su objeto de estudio, a la vez que delimitar su área de actuación a nivel académico, profesional y de investigación del de otras disciplinas, especialidades y campos de estudio con los que puedan encontrarse solapamientos totales o parciales, así como contradicciones.

En conclusión la psicología de la Salud necesita precisar su ubicación con respecto a la Psicología Clínica, Medicina Conductual, Psicología Comunitaria, etcétera, por lo cual es importante conocer un poco de que trata cada uno de estos enfoques o ramas de la psicología, para entender como se diferencian de la Psicología de la Salud, para ello es importante conocer un poco de la historia de estos enfoques de trabajo.

La Medicina Comportamental aparece a comienzos de los años 70, definida por su Conferencia Fundacional de Yale (1977) como el campo interdisciplinario referido al desarrollo e integración de los conocimientos y técnicas de las ciencias biomédicas y de la conducta relevantes para la salud y la enfermedad, y la aplicación de esos conocimientos y técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El término medicina comportamental se utiliza, por tanto, para referirse a un campo interdisciplinario de investigación, educación y práctica, referido a la salud/enfermedad física, que reúne elementos provenientes de la ciencia del comportamiento, tales como la psicología y la sociología, o la antropología, y de la educación sanitaria, pero también de la epidemiología, fisiología, farmacología, nutrición, neuroanatomía, endocrinología, inmunología, odontología, medicina interna, enfermería, trabajo social y salud pública entre otras, para colaborar en el cuidado de la salud y en el tratamiento y prevención de las enfermedades (Howard, 1982).

Por otro lado esta la Psicología clínica, la cual se puede entender como el conjunto de actuaciones sobre sujetos que presentan problemas o trastornos psicológicos. Su principal característica será, pues, el establecimiento de una relación entre el psicólogo y su paciente con una dimensión de apoyo y ayuda, a través de los conocimientos y la actuación psicológica.

Para la Asociación Americana de Psicología (APA), la psicología clínica es la forma de la psicología aplicada que pretende determinar las capacidades y características de la conducta del individuo recurriendo a métodos de medición, análisis y observación y que, con base en una integración de estos resultados con los datos obtenidos a través del examen físico y de las historias sociales, ofrece sugerencias para la adecuada adaptación del sujeto.

Así, los supuestos teóricos que definen el trabajo en la clínica, los modelos explicativos de los trastornos abordados y las estrategias y objetivos de la intervención están relacionados con esta existencia de un paciente que demanda ayuda para afrontar su problema.

La psicología clínica se aplica al ámbito tradicional de intervención psicológica: los trastornos emocionales (ansiedad y depresión, principalmente). Es el campo

tradicional de los trastornos psicológicos, que coincide con el psiquiátrico. Además, habría que incluir la intervención en otros problemas mentales, como la esquizofrenia, la rehabilitación de pacientes crónicos, etc.

Otro de los enfoques teóricos que han sido empleados por los psicólogos para acercarse al estudio de la construcción de la salud en las personas es la psicología comunitaria la cual desde el punto de vista de Pomerleau, y Brady (1979), debe entenderse como destinada a la comprensión, explicación y solución de los problemas desde el punto de vista supraindividual (social comunitario), enfocando su actuación preferentemente, aunque no únicamente, en el cambio y la mejora del medio.

La psicología comunitaria surge entonces, como una alternativa a la psicología clínica, orientándose a la comprensión y resolución de ciertos problemas o patologías con un fuerte componente socio-ambiental (drogadicción, marginación, delincuencia, prostitución, etc.) en los que la mejor metodología, por la índole de los mismos, es el abordaje a niveles supraindividuales o comunitarios, siendo el objeto de su actuación la mejora de ambientes y recursos sociales y el aumento de las habilidades y competencias personales para mejorar el ajuste entre personas y ambientes y la calidad de vida en la comunidad.

Aunque las diferentes perspectivas teóricas que desde la óptica de la Psicología han intentado dar respuesta a los asuntos relacionados con el mantenimiento de la salud, han considerado diferentes aspectos, se han quedado cortas, ya que al igual que la medicina, trabajan en su mayoría en un nivel de intervención, es por eso que, diferentes grupos de psicólogos en distintos momentos de la historia se dieron a la tarea de complementar el trabajo que la psicología podía aportar al estudio y mantenimiento de la salud, llevando su interacción a niveles más primarios como el preventivo, de ahí que surja la psicología de la salud.

Esta aparece como un área más específica que subraya el papel primario de la psicología como ciencia y como profesión en el campo de la medicina comportamental y que se definió como "el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la

especialidad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria"

Algunas otras aproximaciones teóricas, que desde la perspectiva psicológica abordan el tema de la salud son por ejemplo: la Salud comportamental que es vista como un campo interdisciplinario que se localiza conductualmente promoviendo buenos hábitos de salud y previniendo la enfermedad entre los que actualmente gozan de buena salud; también encontramos a la medicina psicosomática, que es una aproximación a la enfermedad basada en las hipótesis y observación de como los factores sociales y psicológicos juegan un papel en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas enfermedades y finalmente entre otras encontramos a la psicología medica, la cual abarca todos los conocimientos de psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la personalidad del médico, el diagnóstico personal y comprensivo y los procedimientos de curación o psicoterapia. (Schneider, 1974).

Todas estas ramas de la psicología que intentaron dar respuesta a los aspectos de mantenimiento y preservación de la salud en el individuo, contaban con alguna limitante o excluían alguno de los elementos que por definición conforman el campo de estudio de la psicología de la salud. Desde la perspectiva de la psicología de la salud y su método de trabajo, existen modelos teóricos que permiten abordar los diferentes aspectos y etapas del estado de salud de una persona, los cuales revisaremos para ampliar la definición y propiciar un mayor entendimiento de lo que es la psicología de la salud.

#### **2.4. Modelos teóricos en la Psicología de la Salud.**

Los modelos nos dan un marco referencial para saber por donde empezar, que pasos seguir, y que técnicas necesitamos para influir un cambio en las conductas de las personas. Y entre ellos encontramos:

#### **2.4.1. Modelo Cognitivo – Social.**

Asociados a los trabajos de Bandura, da importancia a los efectos del ambiente social y las cogniciones sobre la conducta y la influencia reciproca entre ellos. Este modelo ha tenido éxito en la Psicología de la salud, especialmente con los conceptos de "expectativa de autoeficacia", esto es, las creencias relacionaron la habilidad que uno tiene para ejecutar una conducta determinada, y de "expectativa de resultado", que se refiere a la creencia que la conducta puede producir los cambios deseados.

Elementos de este modelo forman parte también de otros modelos y técnicas que se usan en la Psicología de la salud.

#### **2.4.2 Modelo de Creencias en Salud.**

Se originó en intentos de los psicólogos del servicio de salud Pública de los EEUU por entender por qué tan pocas personas usaban programas y servicios que estaban a su alcance; concretamente por que no participaban en exámenes para ver si tenían tuberculosis. Se les pregunto a las personas en qué medida creían que eran susceptibles a la TBC y, en segundo lugar, si creían que podían obtener algún beneficio por participar en los chequeos.

El modelo se basa en la noción que el cambio hacia conducta saludables está guiado por las creencias del individuo, específicamente por lo que se denomina la "expectativa de valor", esto es, las personas van a cambiar su conducta si ésta resulta en algo valorado para ellas y tienen la expectativa de que pueda alcanzarse ese resultado.

VARIABLES adicionales del modelo se refieren si acaso las personas creen que ellos son susceptibles a enfermarse, si ven como la enfermedad como sería de grave, o estiman que el comportarse de manera saludable o preventiva va a resultar más beneficioso que el costo involucrado en adoptar la conducta.

### **2.4.3. La Teoría de Acción Razonada (planeada).**

Asociada a los planteamientos de los psicólogos Ajzen & Fishbein, si bien no nació de un interés específico en salud nos ayuda a entender como una persona llega a tomar una decisión para realizar cierta acción.

Este modelo nos dice que la mejor forma de predecir la conducta es conocer las intenciones de una persona. Una intención representa un compromiso de la persona para actuar de cierta manera y es un fuerte predictor de la conducta manifiesta, previendo que se de en ciertas condiciones entre las cuales esta que el tiempo transcurrido entre la declaración de intención y la ejecución de la conducta no sea muy prolongada y la especificidad de la acción requerida para materializar la intención de cambio. Las intenciones son influenciadas por las actitudes, normas subjetivas y las percepciones provenientes de las presiones sociales, por ello no se considera como un modelo que por si solo puede explicar conductas preventivas.

### **2.4.4 Modelo de Reducción de Riesgo.**

Las intervenciones conocidas como de reducción de factores de riesgo conductual, intentan lograr un cambio de actitudes y motivar a la persona a desarrollar habilidades conductuales que reduzcan el riesgo, aumentando de paso la percepción de autoeficacia para iniciar y mantener los cambios comportamentales deseados.

Asimismo, se intenta crear una red de apoyo social que refuerce las conductas preventivas o de bajo riesgo. Para lograr el cambio se usan técnicas tanto de la psicología social, como cognitivas-conductuales.

### **2.4.5 Modelo Transteórico del Cambio Conductual.**

Llamado también simplemente el modelo de Prochaska (su principal impulsor), se focaliza en las condiciones que hacen posible el cambio. La observación de



individuos que están tratando de cambiar por si solos, sin ayuda profesional, nos enseña que las personas progresen de manera de una manera gradual, continúa y a través de un proceso dinámico de 5 etapas a medida que tratan de reducir o eliminar conductas riesgosas. El modelo nos sugiere que hay que diseñar estrategias de cambio que estén de acuerdo a las características de los sujetos a los cuales están dirigidas.

El modelo evalúa la etapa o el estadio en el cual se encuentra la persona en términos de su "intención hacia el cambio", examina las ventajas y las desventajas del cambio y la habilidad de la persona para ejecutar el comportamiento necesario que lo lleve a mantener un cambio duradero de la conducta deseada. La prevención de la recaída se ve como parte de la última etapa de mantenimiento.

#### **2.4.6 Modelo Integrativo.**

Está basado en las ideas de Bandura y del conductismo skinneriano e intenta integrar la psicología de la salud con la salud pública. Es un modelo que pretende enfocarse hacia la comunidad y no hacia problemas individuales. Define el problema usando indicadores epidemiológicos y de psicología. Su forma de aproximarse a los problemas es multidisciplinaria y multinivel, lo crítico, según este enfoque, es comprender el estilo de vida y los factores conductuales dentro del entorno en el cual se dan.

Las primeras fases del análisis incluyen tanto el nivel personal como el nivel interpersonal. Hay un tercer nivel donde se considera el ambiente social más inmediato. Un cuarto nivel considera los aspectos institucionales, sociales, culturales, políticos y económicos, como clases de factores que afectan la conducta.

Finalmente hay un nivel que implica la evaluación del impacto de las intervenciones, esta fase de evaluación del programa es importante pero generalmente se hace de manera poco sistemática, si es que se hace a pesar que se centra en metas específicas, este modelo es complejo y se considera como un modelo de planeación.

En los diferentes modelos, arriba revisados observamos que se debe planear una estrategia de trabajo, en la que se plasmen las acciones y medidas que se deben llevar cabo para el mantenimiento, la prevención y la promoción de la salud. Pero no es solo el conocimiento de esta metodología a nivel teórico lo que hace tan atractiva la visión del psicólogo de la salud, como profesional cada vez más necesario en diferentes escenarios de la vida diaria, ya que a diferencia de algunas otras disciplinas y profesionales de la salud, su estrategia va más enfocada a evitar que se pierda la salud de los individuos, propiciando cambios en los hábitos de riesgo, antes de que esos se conviertan en los desencadenantes de alguna enfermedad. Lo anterior, nos lleva a conocer como es que se inserta el psicólogo de la salud en el campo laboral y donde es que puede desempeñar su papel, como promotor de la salud.

## CAPITULO 3

### EL PAPEL DEL PSICOLOGO DE LA SALUD

La Psicología de la salud por sí sola, no puede dar respuesta a los diferentes problemas que pretende resolver, debe de apoyarse en otras disciplinas que le permitan abarcar de forma más completa los diferentes aspectos del binomio salud-enfermedad.

Por la naturaleza de esta interrelación debemos entender cuál es el papel del Psicólogo de la salud, para no confundirlo con las actividades que llevan a cabo los participantes de otras disciplinas implicadas en el proceso salud-enfermedad. Esta clarificación de funciones nos permite conocer los alcances y limitaciones que puede tener el psicólogo de la salud, y de esta forma realizar un mejor trabajo al aplicar los principios de la psicología de la salud en programas de intervención y prevención de enfermedades.

En primer lugar, comenzaremos por abordar la formación del psicólogo de la salud, la cual está constituida inicialmente por la troncal que es la profesión de psicólogo, adquiriendo posteriormente los estudios de especialización.

Esta especialización se lleva a cabo en países como España y Cuba. Los psicólogos de la salud, en su mayoría provienen de la psicología clínica y de la medicina Conductual, ellos fueron adaptando sus técnicas a un nuevo campo de aplicación, en el cual además de la rehabilitación es necesaria la prevención y la promoción de la salud, y aunque siguen el modelo Conductual en cuanto a contenidos y posición teórica, utilizan el modelo psicométrico ya que no se trabaja a nivel individual sino de una comunidad. (Oblitas, 2000).

Los psicólogos como profesionales de la salud, han contribuido en parte, al sistema de la salud en el contexto de la "psicología en la medicina" (Stone, 1979; en Goldstein, 1991). Partiendo de esto, es que podemos entender que la psicología de la salud se ha ganado su lugar como una disciplina importante por sí sola dentro de los trabajos que se llevan a cabo en el tema de la salud en clínicas y comunidades, y no solo como una herramienta o auxiliar de otras disciplinas específicamente la Medicina. La psicología de la salud como el eslabón que une a la medicina con la psicología pero sin pretender ser un auxiliar medico, ni eliminar

la medicina como elemento sustancial en el proceso para alcanzar un estilo de vida saludable, es quizás la aproximación más real que la psicología puede ofrecer para entrar en el cerrado mundo de la salud física, biológica y social del ser humano.

### **3.1. Disciplinas con las que se relaciona el Psicólogo de la salud.**

La relación entre la Psicología y otras disciplinas de la salud está presente desde hace ya varias décadas en distintos ámbitos del contexto sanitario, de manera tal que varias de las áreas de intervención de la psicología hacen referencia a aspectos médicos y de la salud, desde sus nomenclaturas hasta sus campos de acción, podemos hablar de temas concretos en los que la intervención es casi imposible sin una aportación conjunta de medicina y psicología, algunos ejemplos son: la eutanasia, intervención en crisis y catástrofes, prevención e intervención en VIH/SIDA, etcétera.

De igual forma, la existencia de unidades interdisciplinarias como por ejemplo, las unidades de dolor, unidades de donación de órganos, unidades de conductas adictivas, etcétera, no serían posibles sin la colaboración de médicos, psicólogos y enfermeros.

Por tanto, la relación entre distintas ciencias de la salud y la psicología con relación al proceso de a la salud y a la enfermedad, no sólo se limita a los trastornos psicológicos y/o a una mera colaboración, sino que en la actualidad existen disciplinas que son resultado de la interrelación de la medicina y la psicología. (Ajzen, 1985), algunas de las cuales pueden ser la medicina comportamental, medicina conductual, psicología médica y la psicología clínica.

Para empezar a enumerarlas tenemos la medicina comportamental que surge en el año de 1973 por una propuesta de Lee Birk (Alarcón, Junio de 2004 "Psicología de la Salud" en Revista de Psicología Científica Vol. 6) con la participación de grandes instituciones como Yale y Harvard en los Estados Unidos, esta disciplina surge como un campo interdisciplinario que se ocupa del desarrollo e integración del conocimiento y las técnicas, propios de las ciencias comportamentales y

biomédicas, relacionados con la salud y la enfermedad y de la aplicación de este conocimiento a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Esta es la más cercana predecesora de lo que hoy podemos entender por psicología de la salud, tal y como la define Matarazzo (1982), ya que en ella se engloban los tres niveles de trabajo del psicólogo como son el preventivo, el de intervención y el de modificación de conductas y patrones perjudiciales para la calidad de vida del individuo.

Aunque algunos autores como Phares (1992) las ven como algo idéntico e indistinto, creemos que una diferencia sustancial aunque no determinante entre una y otra está en el hecho de que la medicina comportamental se enfoca principalmente a la modificación de respuestas fisiológicas mientras que, la psicología de la salud no se centra en un solo aspecto del estilo de vida, sino que abarca de forma amplia y general todos los factores que intervienen en la calidad de vida del individuo, sobre todo tomando en cuenta que la psicología de la salud está muy interesada en el mantenimiento de la salud en individuos que aún no se han enfermado partiendo de planes de prevención y modificación de conductas favorecedoras de enfermedades.

Es a partir de esta carencia que en el año de (1980) Matarazzo propone crear una sub especialidad de la Medicina Comportamental que cubriera estas deficiencias encontradas en la Medicina Comportamental, esta sub-especialidad es la: Salud Comportamental, la cual esta definida como *“el campo interdisciplinario dedicado a promover una filosofía de la salud que acentúe la responsabilidad del individuo en la aplicación del conocimiento y las técnicas de las ciencias comportamental y biomédica, para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad y la disfunción, mediante una variedad de actividades auto-iniciadas, individuales o compartidas.”* (Becoña, Oblitas y Vázquez 2000 Pág. 55).

Sin embargo, a pesar de que la Medicina Comportamental tiene algunos antecedentes en la investigación de las características y procesos de salud desde el punto de vista psicológico, hay otras disciplinas contemporáneas que vale la pena resaltar para entender el porque elegimos la Psicología de la Salud como la

más completa de las visiones teórico-prácticas para abordar los temas de salud humana.

Una de estas aproximaciones es lo que se ha dado en llamar Psicología Médica, la cual tiene significados muy variados dependiendo del contexto en que sea utilizada, por ejemplo: en Inglaterra y España, no es otra cosa que la psiquiatría, mientras que en Estados Unidos es una sub especialidad de la psicología clínica que en su definición hace referencia a todos los conocimientos de psicología útiles para el ejercicio de la medicina integral, particularmente los conocimientos sobre la personalidad del enfermo, la relación médico-enfermo, la personalidad del médico, es decir, conocimientos que pudieran arrojar un mayor entendimiento entre el médico y el paciente, pero que en realidad no constituyen una intervención de la psicología en el campo de la salud, sino solo un auxiliar para que los médicos desempeñen mejor su labor, pero nunca como una ínter disciplina. (Amigo, Vázquez, 1998).

Como podemos ver lo que se conoce como medicina psicológica, no aportó gran luz para lo que posteriormente se conocería como psicología de la salud, pero hay un campo que resultó de gran utilidad para los psicólogos que posteriormente se dedicarían a promover una psicología de la salud como área de intervención e investigación, y es el hecho de preponderar la relación entre médico y paciente como parte fundamental de un buen tratamiento y un alto nivel de prevención de recaídas en pacientes que superan con éxito un tratamiento médico.

Existen como las anteriores, otras aproximaciones teórico metodológicas que trabajan con el tema de la salud desde una visión psicológica por ejemplo, en el caso de la medicina Conductual y la medicina psicosomática encontramos que son disciplinas que integran mucha de la tradición médica a sus formas de trabajo, la medicina psicosomática por su parte pretende trabajar la representación o manifestación somática y corporal de los trastornos psicológicos y emocionales como causa de las enfermedades y alteraciones fisiológicas. (Schawrts, 1978).

En el caso específico de la medicina Conductual, que también es conocida como bioenergética o corporología (Lound, 1995, citado en Rodríguez Marín 2001), se pretende atacar los trastornos de salud desde la visión de las acciones o

conductas que el sujeto lleva a cabo, siendo su principal campo de acción el nivel intervención o modificación, pero tiene muy poca injerencia en el proceso de prevención más aun, se enfoca casi exclusivamente al nivel de intervención.

Una de las áreas que se puede considerar como una de las mayores antecesoras de la moderna e incipiente psicología de la salud, es sin duda alguna la psicología clínica, ya que si bien es cierto que es más conocida como la disciplina que trabaja con las enfermedades mentales tales como, esquizofrenia, depresión, ansiedad etcétera, marcó una importante pauta como predecesora de la psicología de la salud al trabajar con las cuestiones de salud, aunque su eficacia está ampliamente dirigida al nivel intervención, también da importancia al mantenimiento y prevención de nuevos trastornos tomando en cuenta la modificación de conductas dañinas o de riesgo, así como la modificación de pensamientos y niveles de percepción de lo que realmente implica tener un estilo de vida saludable (Green, 1988).

Así como estas existen otras aproximaciones teóricas que desde el punto de vista psicológico pretenden abordar el campo de la salud, la revisión de las mismas nos permiten ver como es que la psicología de la salud se ha convertido en la más completa de las disciplinas que trabajan con la salud, situación que deriva de que ha retomado lo mejor de cada una de sus de las aproximaciones teóricas que la precedieron.

Podemos darnos cuenta de que la psicología de la salud, al provenir de tantas otras corrientes de conocimiento, debe establecer claros límites en las funciones y alcances que tiene el psicólogo de la salud en el ámbito profesional.

Una vez que hemos revisado el desarrollo de la psicología de la salud y su relación con otras disciplinas, pasaremos a revisar que hace un psicólogo de la salud para contribuir a mejorar la calidad de vida de los individuos, para ello, no podemos quedarnos con la definición teórica y metodológica de lo que debe hacer un psicólogo de la salud, hay que adentrarnos un poco en lo que es la practica y su inserción en el campo laboral para entender mejor el alcance de esta disciplina en las sociedades actuales.

### **3.2. Campo laboral del psicólogo de la Salud.**

Dentro del campo de la psicología, el trabajo en el área de la salud es determinante ya que como vimos en capítulos anteriores, la definición y concepción que de la salud se tiene se ha modificado enormemente a través de los años, siendo que esta alcanza visiones multidimensionales que en otro momento no habiéramos pensado en contemplar, como la conducta, las actividades y las creencias que respecto a la salud se tienen, por ello el papel del psicólogo de la salud es importantísimo en la época actual. Pero, para entender mejor la importancia que la psicología de la salud reviste en nuestros días, debemos saber como es que se define el papel del psicólogo de la salud y para ello es importante conocer cuales son sus funciones y campo de acción.

Para Phares (1999), el psicólogo de la salud, es aquel que aplica el conocimiento y las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la Psicología y ciencias afines, a las anomalías los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse. Es aquel quien a través de la investigación o práctica, contribuye a la promoción y mantenimiento de la buena salud.

Por otra parte, podemos considerar que el psicólogo de la salud es un profesional que necesariamente se ve inmerso en distintas áreas y momentos de la vida del ser humano si quiere entender la naturaleza de sus funciones, así como los momentos en que puede intervenir en aras de alcanzar un grado de salud y un estilo de vida saludable. Partiendo de lo ya revisado, cabe mencionar que la aportación de la OMS (Organización Mundial de la Salud) en la definición y apreciación que del papel del psicólogo de la salud se tiene es importante, así que debemos considerar algunas de las conclusiones generadas de las reuniones que en torno a la salud se tienen a nivel mundial.



*“La Psicología de la Salud es la especialidad en Psicología que interviene en todas las cuestiones que involucran las interacciones por sobre el binomio salud-enfermedad”. (GRAU, – Presidente de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud).*

*“El Psicólogo de la Salud es un profesional que puede trabajar en ámbitos tan diversos como: tratamiento psicológico de trastornos orgánicos, en colaboración con tratamientos médicos para diversos trastornos, incluso para la planificación y adherencia al tratamiento, programas de prevención de trastornos orgánicos y psicológicos y, por consecuencia, promoción de conductas saludables ” (BUELA-CASAL, Ex-Presidente de la Asociación. Española de Psicología de la Salud, Presidente de la Asociación Española de Psicología Conductual - España – 1999 revista Española de Psicología Vol. 15 Num. 10 200 pp. 54)*

El trabajo del psicólogo de la salud como podemos apreciar es un tema recurrente en las discusiones de la OMS, lo cual no solo nos habla de la importancia que reviste el aspecto global que debe considerarse al hablar de salud, sino que va más allá, la implicación de una definición de salud como tal, entendida como la interrelación de los aspectos conductuales, biológicos, psicológicos y conceptuales que determinan el que cada individuo tenga o no una calidad de vida optima, también incluye las acciones que los profesionales realicen en los diferentes niveles de mantenimiento y mejora del estado de salud de las personas. (OMS 1999).

Debido a que la psicología de la salud esta presente en distintos momentos de lo que puede ser el proceso Salud-enfermedad, podemos darnos cuenta de la importancia de la labor del psicólogo de la salud ya que, tanto hay un trabajo a nivel preventivo, de atención y de intervención. Esto queda más de manifiesto cuando hacemos referencia a las enfermedades crónico degenerativas, ya que estas generalmente son causadas por una serie de hábitos y conductas que posibilitan que algo mínimo se pueda convertir en una situación con riesgo de muerte, es a nivel de intervención que estaría trabajando el psicólogo de la salud. Otro de los campos de trabajo en los que puede intervenir el psicólogo de la salud es a nivel de atención, cuando alguno de los individuos que presentan deterioro en

su status de salud, requiere de un apoyo para lograr modificar su conducta y que la enfermedad no avance de forma desproporcionada, entendiendo que las conductas y acciones que llevan a cabo son las facilitadoras de su estado de salud deteriorado. Por último, está el nivel de intervención en el que el psicólogo, apoyado por otros profesionales ayuda al sujeto a entender su situación y no caer en acciones desesperadas o que afecten de forma negativa a su precaria condición; entender y aceptar la situación es algo de lo que más preocupa al psicólogo de la salud lograr en el paciente de una enfermedad crónica (Carrobles, 1982).

Aún más específicamente podemos entender la importancia de la psicología de la salud y su determinante acción en el alcance de una vida saludable y un calidad de vida que va más allá de la ausencia de enfermedad, siendo un concepto mucho más amplio. Pero para ello, debemos entender cual es el campo de acción y de trabajo que puede y llega a desempeñar un psicólogo de la salud.

Atendiendo a lo anterior, encontramos que los campos en los cuales se pueden desenvolver los psicólogos de la salud son muy variados, algunos de esos campos son, la evaluación y el diagnóstico. La evaluación consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. La evaluación implica frecuentemente a más de una persona pudiendo tomar, a veces, como objetivo central dos o más, como por ejemplo, una pareja, una familia u otros grupos.

Esta información puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento, la orientación vocacional, la selección de candidatos a un puesto de trabajo, la emisión de un informe pericial, la elaboración de un perfil psicológico, la obtención de datos complementarios a una evaluación previa, la selección de participantes potenciales en un proyecto de investigación psicológica, el establecimiento de una línea-base de conducta con la que comparar cambios, postratamiento y otros numerosos propósitos (Phares, 1999; Becoña, Oblitas y Vázquez. 2000).

En general, los instrumentos más usuales son algún tipo de test, cuestionarios, entrevistas, observaciones y aparatos psicofisiológicos. A menudo, estos

procedimientos se utilizan en combinación, constituyendo una batería de pruebas o una estrategia de medida múltiple.

El diagnóstico, consiste en la identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Debe entenderse como “resultado” del proceso de evaluación psicológica.

### **3.2.1. Investigación.**

La faceta de investigación es la actividad preponderante entre los psicólogos de la psicología de la salud, esta investigación está orientada a cuestiones que atañen al mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, para posteriormente aplicar la investigación y así apoyar a los pacientes en la clínica y en otros marcos de aplicación (Becoña, 2000). Se han llevado a cabo diversas investigaciones en los últimos años en lo que respecta al tabaquismo a la obesidad, así como, las diferentes enfermedades de transmisión sexual. Cabe mencionar que en México hay indicios de tomar la batuta para llevar a cabo investigaciones con la población mexicana, y una investigación importante se lleva a cabo por Ramírez y Cortés (2003), con población e instituciones mexicanas encaminada a conocer el funcionamiento de la salud y el funcionamiento psicosocial de nuestra población.

### **3.2.2. Tratamiento.**

Los psicólogos de la salud han desarrollado nuevas estrategias de afrontamiento para el dolor, y para el tratamiento de enfermedades (asma, trastornos gastrointestinales, hipertensión entre otros) además de los que se han llevado a cabo desde sus inicios como son los factores asociados al desarrollo de la enfermedad, cualquiera que esta sea (Oblitas, 2000).

### **3.2.3. Promoción y mantenimiento de la salud.**

Los psicólogos de la salud no han descuidado este rubro y llevan a cabo cuestiones relacionadas con el sistema de cuidados de la salud y la política de la salud. Dentro de estos se encuentran los relacionados al impacto del personal que atiende las enfermedades, hospitalización, etcétera.

El psicólogo de la salud que trabaja en prevención primaria requiere un sólido entrenamiento en metodología científica y además un manejo adecuado de las políticas sociales en salud, y ser capaz de trabajar en equipos multidisciplinarios con profesionales de la salud, demógrafos, economistas y políticos (Ardila, 1992).

### **3.2.4. Prevención.**

El ámbito de intervención del psicólogo en la psicología de la salud es primordialmente la prevención. Prevención en el sentido estricto significa; precaución o conjunto de medidas tomadas con vistas a evitar ciertos acontecimientos no deseados (Océano, 2000).

En Larousse (1950), encontramos algo similar; el verbo prevenir significa “preparación, disposición que se toma para evitar algún peligro. Preparar con anticipación una cosa” (p. 755).

El término prevención es de origen latino y hace alusión a la acción y efecto de prevenir, relaciona dos conceptos previos de una parte hace referencia a la preparación o a la acción anticipada y de otra, tiene como objetivo el evitar males o daños inminentes. Está relacionado también con términos como prever (saber con anticipación lo que ha de pasar), avisar, advertir (para que otros conozcan lo que va a ocurrir) y prever (tomar medidas para evitar o remediar algo). La primera acepción hace referencia a avisar. Así se habla de un sujeto “prevenido” como de una persona avisada, que conoce con antelación el curso de los acontecimientos.

La segunda acepción, tiene que ver con actuar; llevar a cabo una serie de acciones que impidan el daño del que previamente estamos informados, que ocurrirá a menos que se actúe. Así, en los casos de catástrofes (terremotos, incendios, tormentas,

etcétera.) conocerlos con antelación permite prepararse en cierto modo para el evento. Conocer la evolución epidemiológica de una enfermedad vírica permite ciertas posibilidades de actuación, etcétera (García, 1985).

Ya mencionamos que uno de los ámbitos mas importantes en los que el psicólogo interviene es definitivamente la prevención y una vez más autores como Matarazzo (1980) y Stone (1988), coinciden en que en el objeto, metodología, fundamentos y desarrollo profesional de la Psicología de la Salud no existe definición clara, pero coinciden que uno de los objetivos principales de la Psicología de la Salud es el estudio del comportamiento precursor de la salud y la enfermedad y, en su rama aplicada, la intervención preventiva, área en la cual el psicólogo de la salud encamina la mayor parte de sus esfuerzos.

Caplan (2001), se refiere a la existencia de una prevención primaria que se dirigiría a la reducción del riesgo de la enfermedad. La prevención secundaria que tendría como objetivo la reducción de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y su tratamiento efectivo y la prevención terciaria que estaría volcada sobre evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitar al sujeto para su reinserción social.

Michelson (1995), por su parte, menciona también tres clases de prevención: prevención primaria, prevención secundaria y prevención terciaria.

#### **3.2.4.1. Prevención Primaria.**

El concepto de prevención primaria en salud tomó especial fuerza a partir de 1978, con la Conferencia de Alma Ata (Rusia). En ella se analizaron los problemas de salud a nivel mundial, con participación de 134 países. Se insistió en abordar los problemas de salud y la asistencia sanitaria con nuevos criterios, con el fin de reducir el abismo entre los privilegiados y los desposeídos (OMS, 1978, en Ardila, 2000).

En 1979 la asamblea de la OMS aceptó la política denominada “Salud para todos en el año 2000”. En el mismo año, se estableció que para llevar a cabo esta política, se requería de una estrategia específica, diferente a las realizadas hasta entonces; así se definió esta estrategia como Atención Primaria de Salud (López, 1993).

La atención primaria puede ser entendida como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, la cual debe ser puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo. Esta a su vez representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad, con el sistema nacional de salud llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo y constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria (Ardila, 1992; López, 1993).

Se entiende por “prevención primaria aquellas acciones encaminadas a la obtención de la información que nos permitan un conocimiento de variables o factores biopsicosociales que pueden provocar la aparición de un determinado problema, con el fin de evitar el origen de un deterioro de la salud” (Guiofantes, 1996, p. 31).

Se llama prevención primaria a toda aquella actividad, disposiciones, instrumentos, etcétera, tendentes a informar del estado, de la situación, con pretensiones de informar lo antes posible, para que se puedan llevar a cabo actuaciones que reduzcan el posible daño que se de en la salud del sujeto. El objetivo es impedir la aparición de la enfermedad por medio de procedimientos específicos. Está constituida por todas las intervenciones destinadas a eliminar o disminuir en forma considerable la incidencia de una enfermedad en la comunidad reduciendo el riesgo de aparición de casos nuevos (San Martín, 1992).

Para los investigadores Gómez-Rieux y M. Gervois (1989), por prevención primaria se entiende prevenir la enfermedad o el daño en personas sanas sin entrar en detalle del procedimiento de prevención. En algunos casos se hace referencia exclusivamente al estudio de los procesos etiológicos, o descripciones epidemiológicas, en otros hace referencia a la generación de indicadores de alarma, como la detección de humos, ingresos en urgencias de una determinada enfermedad, encuestas sobre estilos de vida y su relación con el padecimiento de enfermedades; en otros casos se establece que se hace prevención en la medida en que se publicitan estos datos, incluso cuando la difusión es en medios científicos y

profesionales. En la mayoría de los casos hace referencia a trabajos de detección de enfermedades o de indicadores de riesgo.

El objetivo de la atención primaria en salud es brindar atención a todos los grupos poblacionales, lograr accesibilidad económica, cultural, geográfica y funcional. Por tanto debe ser: accesible, suficiente, eficiente, racional, continua, oportuna y personalizada (Ardila, 1992).

El mismo autor señala que en la prevención primaria se trabaja con conceptos tales como estilos de vida que llevan a la salud; añadir vida a los años, añadir salud a la vida, motivaciones para adquirir y mantener la salud, el incremento de hábitos saludables y el decremento de conductas de riesgo.

De acuerdo con la OMS, los componentes estratégicos de la atención primaria de salud son:

Extensión de la cobertura con servicios de salud.

Organización y participación de la comunidad

Desarrollo de la articulación sectorial

Desarrollo de la investigación y tecnologías apropiadas

Disponibilidad de insumos y equipos críticos.

Formación y utilización de recursos humanos.

Financiamiento del sector.

Cooperación internacional (López, 1993).

Para la atención primaria, el objetivo está bien definido y la Organización Mundial de la Salud dicta las estrategias para el buen logro del “proyecto”, pero una vez más la realidad mexicana no permite hasta el momento esperar con optimismo la aplicación de dicho proyecto, pasan los años y no se tienen ya no digamos resultados sino el inicio de un programa con las características que nuestra población necesita para gozar de salud y alejarse de la enfermedad.

Lo óptimo sería utilizar solo la prevención primaria pero como esto no siempre es posible también existe la prevención secundaria.

#### **3.2.4.2. Prevención Secundaria.**

Por el contrario, una vez obtenida la información anterior, las actividades dirigidas a eludir o reducir los factores que pueden agravar una situación específica constituyen la prevención secundaria.

La actividad tendiente a remediar la posible amenaza o daño que se avecina y del que se tiene “información” se llama prevención secundaria. La mayoría de los autores establecen que la prevención secundaria se refiere a todo tipo de actuaciones que se realizan para impedir la enfermedad o el daño pero con referencias a una determinada población que previamente se identifica como población de riesgo. En lo que se difiere, es en el grado de riesgo del sujeto sobre el que se hace prevención. En unos casos, el desarrollo de la enfermedad es incipiente, en otros no hay siquiera un diagnóstico claro y, en otros ejemplos, la enfermedad aunque está diagnosticada cursa con gran lentitud y mucha variabilidad lo que hace pensar en intervenciones de tipo preventivo (Michelson, 1995).

Podemos decir que la prevención secundaria está constituida por todas las acciones destinadas a eliminar o a disminuir la influencia de la enfermedad en una población, reduciendo la evolución y su duración.

#### **3.2.4.3. Prevención Terciaria.**

Se entiende por prevención terciaria, aquellos tipos de actuaciones, en los que se interviene cuando la enfermedad está diagnosticada pero incipiente, en la que aparecen los primeros síntomas y se previene estados más avanzados de la enfermedad. Tiene como objetivos evitar recaídas, complicaciones y otras secuelas de la enfermedad, o de accidentes, por medio de tratamiento adecuado, completo, eficaz y bien hecho. Está constituida por todos los actos destinados a eliminar o reducir la prevalencia de incapacidades crónicas en la población, reduciendo al mínimo la invalidez funcional consecutiva a la enfermedad (San Martín, 1992).



En la medida que el problema ya ha ocurrido, toda intervención destinada a remediar el daño o deterioro ocasionado no se puede denominar prevención, sino que debe ser conceptualizada como tratamiento.

Hemos citado solo algunas actividades en las cuales interviene el psicólogo de la salud, no por ello son las únicas, queda claro que el campo de acción es muy amplio y no se pueden exponer todos ellos. En cuanto a la intervención del psicólogo más identificable en la psicología de la salud, no se puede mencionar que sea una sola, pero si podemos citar alguna, como por ejemplo la investigación, y para que cumpla su función “debe” ser utilizada posteriormente en la prevención de la enfermedad o mantenimiento de la salud.

Estamos de acuerdo en que lo óptimo es la actuación del psicólogo encaminada hacia la prevención primaria, ya que, como esta citado en San Martín (1992), su objetivo es impedir la aparición de la enfermedad, y sus intervenciones destinadas a eliminar o disminuir la incidencia de alguna enfermedad en la comunidad, cuidando el riesgo de aparición de nuevos casos, pero no podemos menos que recapacitar en la realidad de nuestro país en este aspecto, no por ello dejaremos de trabajar desde nuestras posibilidades para tratar que este objetivo se cumpla.

Podemos notar que la intervención del psicólogo de la salud, va desde la investigación, práctica, promoción y mantenimiento de la salud, hasta diseñar programas que incidan en las practicas nocivas que llevan a cabo los individuos, tales como, dejar de fumar, de beber, así como ayuda para controlar el estrés, o problemas con su alimentación, etcétera. Tratándose de un campo relativamente nuevo los psicólogos de la salud, provienen de diferentes disciplinas de orientación medica y psicológica, y a la fecha están internándose hacia la industria o cualquier organización que se preocupa por su personal y ha comprendido que en la medida que sus empleados se sientan bien de una manera integral, redundara en beneficio para la empresa en cuestión.

### **3.3. El papel que juega en torno a la enfermedad crónica.**

Ahora bien, encontramos que la sociedad mexicana actual, envuelta en el torbellino del acceso imperativo al primer mundo, con todo lo que eso implica (estrés, insomnio, poco descanso, etcétera), presenta de manera significativa una tasa de mortalidad mas elevada, por enfermedades cada vez mas frecuentemente ligadas con aspectos de naturaleza psicológica, muchos factores que incrementan esa mortalidad, los encontramos en diversos hábitos y actitudes inadecuadas, como son; malos hábitos en el comer, beber y dormir esto, aunado a las características psicológicas que vulneran o preparan a los seres humanos para hacer frente a ciertos indicios que se presentan en el riesgo de su salud y en la aparición de la enfermedad, alertan a los psicólogos de la salud a prepararse para dar apoyo orientado hacia la salud, bienestar, mejor calidad de vida, todo esto desde su saber psicológico sobre los temas de salud-enfermedad. (Bloom, 1973).

En el caso específico de la psicología de la salud encontramos un área de importancia fundamental en la que el psicólogo de la salud desarrolla las habilidades y facetas en pleno, esta es la de las enfermedades crónico degenerativas, ya que se pueden abordar a diversos niveles desde el preventivo, hasta el de intervención, y las tres etapas de la prevención se ven reflejadas en el trabajo con una enfermedad crónica, ya que estas están determinadas por un cúmulo de conductas descuidadas y un estilo de vida poco saludable. (Balcells, 1978) A nivel de intervención la psicología de la salud, permite al individuo entender y asumir de forma menos agresiva la condición crónica que su enfermedad conlleva, así como las alteraciones que se ven desprendidas por convivir con una enfermedad que requiere de cuidados especiales de por vida, con el afán de evitar un mayor desgaste emocional y psicológico tanto en el sujeto como en su familia, la cual esta directamente afectada por el padecimiento degenerativo cuando tanto más se involucra en el problema.

Cuando un paciente es diagnosticado o padece una enfermedad crónica se van a ver afectados aspectos físicos, psicológicos, familiares, laborales y sociales. Esta afectación será desigual dependiendo de la naturaleza del trastorno y de la

gravedad de este, pero también de los aspectos biográficos del sujeto, de su personalidad y de los recursos psicológicos de los que disponga.

De forma general, en estos trastornos existe una fase inicial crítica en la que al igual que en las enfermedades agudas, los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas. Posteriormente, el curso del trastorno crónico implica, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes. Además, estos pacientes deberán adaptarse a las nuevas condiciones en que se van a ver implicados por un trastorno que puede durar toda la vida y asumir psicológicamente el rol de paciente crónico. (Higashida, 1995).

Si bien es cierto que no es fácil adaptarse a estar enfermo aun cuando sabemos que el malestar es temporal, como puede ocurrir por ejemplo, cuando se sufre una fractura que implica el cambio en los hábitos y forma de vida del paciente mientras dura esta condición, es fácil entender que una persona diagnosticada con malestar crónico o enfermedad degenerativa, debe realizar mayores y más profundos cambios en su estilo de vida, para adaptarse a una condición permanente, profundicemos un poco en las implicaciones que tiene el padecer una enfermedad crónica y que elementos del trabajo del psicólogo de la salud, pueden apoyar a este tipo de pacientes.

# **CAPITULO 4**

## **ENFERMEDADES CRONICAS**

### **4.1. Definición conceptual de enfermedad crónica- degenerativa.**

Ahora que conocemos cual es el campo de aplicación de la psicología de la salud, así como el alcance que tiene como disciplina mas allá del control o intervención en caso de enfermedad tal y como ocurre con otras ciencias encargadas del trabajo con la salud, en esta tesis buscaremos enfocar el carácter de intervención que tiene la psicología de la salud, enmarcándola en el trabajo que puede hacerse con los pacientes que presentan enfermedades crónico-degenerativas, las cuales a decir de Belar y Deardorff, (1995), aunque requieren de un nivel de intervención directamente, también pueden ser abordadas desde la perspectiva de la psicología de la salud, con un enfoque preventivo, ya que como veremos más adelante, la forma en que se afronta y vivencia una enfermedad de estas características, depende mucho de la percepción del paciente y de cual es la reacción que su entorno familiar, social y laboral tiene respecto a la condición de enfermo crónico.

En el caso específico de la psicología de la salud, encontramos un área de importancia fundamental en la que el psicólogo de la salud desarrolla las habilidades y facetas en pleno, esta es la de las enfermedades crónico degenerativas, ya que se pueden abordar a diversos niveles desde el preventivo, hasta el de intervención, y las tres etapas de la prevención se ven reflejadas en el trabajo con una enfermedad crónica, ya que éstas están determinadas por un cúmulo de conductas descuidadas y un estilo de vida poco saludable.

A nivel de intervención la psicología de la salud, permite al individuo entender y asumir de forma menos agresiva la condición crónica que su enfermedad conlleva, así como las alteraciones que se ven desprendidas por convivir con una enfermedad que requiere de cuidados especiales de por vida, con el afán de evitar un mayor desgaste emocional y psicológico tanto en el sujeto como en su familia,

la cual esta directamente afectada por el padecimiento degenerativo cuando tanto más se involucra en el problema. (Branon, 2001)

Sin embargo, para poder entender como es que la psicología de la salud trabaja en los casos de enfermos crónicos, debemos entender lo que es una enfermedad crónico-degenerativa, para estar en condiciones de abordarla desde un enfoque psicológico. Para ello tenemos lo dicho por Buendía (1999) quien establece que dentro de la clasificación de las enfermedades se encuentran las crónicas, entendidas como aquellas dolencias o alteraciones de la salud sin posibilidad de curación total, que exigen el mantenimiento de un régimen de tratamiento constante y que por lo general requiere de la participación del paciente y su entorno para un cambio sustancial en su estilo de vida, hábitos alimenticios, entre otros factores, para poder hacer frente de la mejor forma a su nuevo estado permanente de salud.

Otra definición que encontramos para la enfermedad crónica es la propuesta por Oblitas (2002) quien nos dice que la enfermedad crónica es un trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido, o es probable que persista, durante largo tiempo.

Una definición más de lo que es e implica una enfermedad crónica es la que propone Gómez de Terreros (2002) para quien la enfermedad crónica es un proceso incurable, con una gran carga social, tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación el cual además tiene una etiología múltiple y un desarrollo poco predecible.

De las anteriores definiciones proporcionadas por diversos autores, podemos claramente rescatar la implicación psicosocial de una enfermedad crónica en la vida de un individuo, ya que las nuevas condiciones exigen un reacomodo en los patrones de conducta individuales, así como en su interacción social. Ya que si bien es cierto que en el 100% de los casos de enfermos crónicos existen alteraciones biológicas, son de gran importancia las alteraciones sociales que esto implica, dado que como hemos visto en capítulos anteriores la adherencia al tratamiento, la respuesta de afrontamiento y en general la actitud del paciente hacia su nueva condición, se encuentran influenciadas por como reaccionan los

círculos familiares, sociales y laborales del enfermo ante la nueva condición. (Buela-Casal, et. al. 1996)

Apoyando lo anterior encontramos a Matarazzo citado por Gil Róales (2004) cuando nos habla de que cuando un paciente es diagnosticado o padece una enfermedad crónica se van a ver afectados aspectos físicos, psicológicos, familiares, laborales y sociales. Esta afectación será desigual dependiendo de la naturaleza del trastorno y de la gravedad de este, pero también de los aspectos biográficos del sujeto, de su personalidad y de los recursos psicológicos de los que disponga.

De forma general, en estos trastornos existe una fase inicial crítica en la que al igual que en las enfermedades agudas, los pacientes sufren importantes alteraciones en sus actividades cotidianas. Posteriormente el curso del trastorno crónico implica, en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes. Además estos pacientes deberán adaptarse a las nuevas condiciones en que se van a ver implicados por un trastorno que puede durar toda la vida y asumir psicológicamente el rol de paciente crónico.

Si bien es cierto que una enfermedad crónica es algo con lo que el paciente tendrá que vivir el resto de sus días, es importante recalcar que la enfermedad crónica por si sola no es lo más difícil de afrontar por parte del paciente que la padece, sino que la forma en que percibe los cambios en su entorno, biopsicosocial derivados de su condición de enfermo es un factor que afectará gravemente su calidad de vida. Tal y como lo expresa Cano (2002) algo importante que se debe tener en cuenta cuando hablamos de enfermedades crónicas, es esta influencia de factores emocionales y comportamentales que tanto el paciente como su familia y entorno no deben pasar por alto, dado que son estos los que permiten dejar de considerar la condición de enfermedad como algo exclusivamente médico y valorar de esta forma el impacto que la nueva condición implica en el entorno general de vida de cada individuo con esta condición.

Es en las enfermedades crónicas, que encontramos una muestra tangible y clara de cómo es que la psicología de la salud puede apoyar en el nivel de intervención para el mejoramiento de la calidad de vida del paciente crónico, ya que además

de clarificar el impacto y los cambios que el modo de afrontar la situación implican en la expectativa de vida y la forma en que se conlleva la enfermedad, esta característica aunada al hecho de que también la familia y entorno social del enfermo crónico son partícipes de la enfermedad y un factor determinante en la forma en que esta es vivenciada por el paciente, refuerzan la importancia del factor psicológico en los aspectos de salud y enfermedad y en especial al hablar de enfermedades crónicas ya que al ser tan radical la afectación que tiene los aspectos sociales, laborales y en general del estilo de vida del enfermo como consecuencia de su nueva condición de salud, es que el papel del psicólogo de la salud adquiere mayor relevancia ya que debe trabajarse tanto con el enfermo como con la familia y amigos, para que se adapten a la nueva condición (Hernández 2003).

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. El reconocimiento de este hecho ha dado lugar a que los cuidadores profesionales establezcan objetivos de atención concomitantes: el control de la enfermedad y la calidad de vida. La comprensión de esta última ha evolucionado a la par con la comprensión y el Tratamiento médico de las enfermedades crónicas. La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida. (Rodríguez-Marín, 2005).

Las acciones anteriores recaen en el campo de trabajo del psicólogo de la salud, quien dentro de sus responsabilidades para con el paciente crónico debe contemplar el nivel de involucramiento de la familia para elevar la calidad y en muchos casos el tiempo de vida del paciente crónico, como un elemento decisivo, para el logro de dicha calidad.

Es en el contexto de una enfermedad crónica en donde más claramente podemos evidenciar la complejidad del paradigma salud- enfermedad, ya que los comportamientos y estilos de vida pueden afectar tanto a la salud como a la

enfermedad, de manera tal, que la diferencia entre estar enfermo o vivir con plena salud, puede ser algo determinado por los hábitos y estilos de vida que cada persona aplica de manera cotidiana. (Bandura, 1986)

Pero esta apreciación no es algo nuevo o aislado, si bien es cierto que hasta hace muy poco tiempo no se le daba atención a esta interrelación de factores conductuales con el desarrollo de alguna enfermedad crónica, tal como lo señala Schwartzmann (2003), el psicólogo de la salud debe logra implantar la idea de que la salud humana no debe centrarse en la lucha contra la naturaleza, sino en la modificación de la conducta y de variables socioculturales. En ese sentido, según Rodríguez- Marín (1995), el individuo y su contexto social han resultado ser el primer y principal enemigo. La forma como respondemos a nuestros males se puede convertir en un punto favorable o adverso para nuestro bienestar físico o mental.

#### **4.2. Hábitos saludables y no saludables.**

Algunos autores, que hablan de enfermedades crónicas y que han trabajado desde el enfoque psicológico esta condición, como Becoña y Oblitas, Matarazzo, coinciden en que debe considera la calidad de vida del paciente como uno de los objetivos de trabajo del psicólogo de la salud, quien en primera instancia en su intervención debe considerar la forma de emplear a favor del paciente las redes sociales con las que cuenta y el nivel de deterioro o de fortaleza que estas presentan para apoyar de mejor manera al paciente crónico, pero veamos como es que se debe entender el termino Calidad de Vida, así como los elementos que nos ayudan a lograrla.

La respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas. El reconocimiento de este hecho ha dado lugar a que los cuidadores profesionales establezcan objetivos de atención concomitantes: el control de la enfermedad y la calidad de vida. La comprensión de esta última ha evolucionado a la par con la comprensión y el tratamiento médico de las enfermedades crónicas.



La gran cantidad de aspectos psicosociales que hacen parte de los cuidados en las enfermedades crónicas surge de las respuestas individuales de los pacientes, las familias, los amigos y la sociedad, frente al diagnóstico y al pronóstico. Cualquiera que sea el resultado de la enfermedad, el objetivo es mejorar la calidad de vida. El cuidado de apoyo y la supervivencia incluyen temas específicos que deben tratarse con éxito para lograr este objetivo. (Ashton y Seymour, 1990).

La calidad de vida (CV) abarca el bienestar físico, social, psicológico y espiritual. El bienestar físico se determina por la actividad funcional, la fuerza o la fatiga, el sueño y el reposo, el dolor y otros síntomas. El bienestar social, tiene que ver con las funciones y las relaciones, el afecto y la intimidad, la apariencia, el entretenimiento, el aislamiento, el trabajo, la situación económica y el sufrimiento familiar. El bienestar psicológico se relaciona con el temor, la ansiedad, la depresión, la cognición y la angustia que genera la enfermedad y el tratamiento. Por último, el bienestar espiritual abarca el significado de la enfermedad, la esperanza, la trascendencia, la incertidumbre, la religiosidad y la fortaleza interior. La consideración de estos factores multidimensionales indica un enfoque en la calidad de vida y las alteraciones en el bienestar.

Su naturaleza subjetiva desafía la capacidad de los profesionales de la salud para medir su propia efectividad. (Dossey, 1986).

Algunos pacientes pueden tolerar una discapacidad grave y aún sentirse afortunados de recibir una terapia, mientras otros se muestran totalmente insatisfechos con una disfunción mínima. Por consiguiente, la calidad de vida se define mejor como lo que el individuo dice que ésta es. La percepción de la enfermedad incluye mucho más que la discapacidad física, para Buceta (2000), algunas personas son incapaces de expresar sus valores o definir la calidad de vida sin un poco de ayuda en el proceso de clarificación de valores. No existe un estándar dorado para medirla, cada situación supone inquietudes únicas. Por ello, es importante ahondar en el amplio campo que cubre este concepto con el fin de ofrecer al paciente crónico algo cada vez mejor.

Hacia mediados de los años 50, se incluyó el concepto de calidad de vida en el área de la medicina, luego se asumió en la psicología. Desde ese momento hasta hoy, el concepto ha vivido varias modificaciones. Inicialmente se refería al cuidado de la salud personal, luego pasó a ser la preocupación por la salud e higiene pública. Posteriormente, hizo alusión a los derechos humanos, laborales y ciudadanos; después, a la capacidad de acceso a los bienes económicos y, finalmente, se convirtió en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. El concepto está de moda y, como muchos otros términos, es polivalente, multidimensional y se usa con significados muy diferentes (Rodríguez- Marín, 1995).

A medida que las enfermedades crónicas han aumentado su prevalencia, de forma lenta pero progresiva, se ha aumentado el interés por la calidad de vida del enfermo y por los múltiples factores biopsicosociales que inciden sobre ella. Tradicionalmente, se ha medido el nivel de salud de una población a través de las tasas de mortalidad y morbilidad; sin embargo, desde hace algunos años el concepto de calidad de vida, a pesar de que se trata todavía de “un concepto vago, definido, y medido de diferentes maneras”, se ha ido introduciendo en la literatura, con lo cual se ha hecho necesario el desarrollo de indicadores subjetivos y psicosociales así como la generación y uso de instrumentos de evaluación de carácter general (Pomerleau y Brady, 1979; Barquín, 2002).

Un ejemplo de lo anterior lo encontramos en la psico-oncología, en donde el creciente interés existente por la calidad de vida del paciente neoplásico ha tomado cada vez más fuerza, inicialmente por los múltiples parámetros que cobija cada vez más el término, y por los grandes resultados observados a partir de la puesta en práctica de evaluar para luego mejorar las condiciones de los pacientes con cáncer.

Según Bayes (1994), evaluar la calidad de vida del paciente crónico es importante porque permite: conocer el impacto de la enfermedad y/o del tratamiento, a un nivel relevante, diferente y complementario al del organismo; conocer mejor al enfermo, su evolución y su adaptación a la enfermedad; conocer mejor los efectos

secundarios de los tratamientos; evaluar mejor las terapias paliativas; eliminar resultados nulos de determinados ensayos clínicos; ampliar los conocimientos sobre el desarrollo de la enfermedad; ayudar en la toma de decisiones médicas; potenciar la comunicación medico-paciente; y facilitar la rehabilitación de los pacientes. Schwartzmann (2003) definió la calidad de vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones.

La calidad de vida se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales. Por lo tanto, la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que se denomina "felicidad", sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de "estado de bienestar". Schwartzmann (2003) nos habla de calidad de vida, y una de las características que más emplea es la capacidad del ser humano para satisfacer sus necesidades y para sobrevivir.

Puede decirse sin temor a equivocación, que estas necesidades sólo se satisfacen por medio de la interacción con las demás personas y con el medio ambiente. De acuerdo con esta afirmación, los problemas humanos pueden contextualizarse en términos de falta de correspondencia entre las necesidades del individuo y el ambiente físico y social.

Desde el punto de vista subjetivo, podríamos afirmar que la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado. Tal definición implica considerar la calidad de vida como una valoración; una respuesta cognoscitiva del individuo a la que sigue una reacción emocional. Estos dos elementos reflejan el grado de satisfacción con una situación personal concreta en función del logro de las expectativas iniciales (Fernández-Ballesteros, 1994).

La valoración se realiza sobre un amplio conjunto de factores circunstanciales de la propia persona, que pueden agruparse en tres categorías bien diferenciables conceptualmente: físico-biológicas (sintomatología general, discapacidad funcional, sueño, etc.), emocionales (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad), sociales (situación laboral, relaciones familiares, recreación, etc.). Tal valoración es un proceso individual influido y moderado por otras personas, pero indiscutiblemente personal; la realiza el individuo de acuerdo con su propia jerarquía de valores.

Si retomamos lo que se ha expuesto a lo largo de este capítulo, podremos entender la relevancia que los factores no médicos revisten para que un paciente crónico logre alcanzar un mayor estado de bienestar y “calidad de vida” en el transcurso de su enfermedad.

Pero también es importante hacer un alto y revisar más detalladamente como es que el entorno puede ayudar a solventar la carga que implica el rol de enfermo crónico.

# CAPITULO 5

## APOYO SOCIAL

### 5.1. Definición de Apoyo Social.

En el capítulo anterior hablamos sobre los factores que componen en la calidad de vida de un individuo, en especial del que padece una enfermedad crónica, y previamente abordamos los biológicos y psicológicos, pero en este capítulo veremos como el social logra activar algunos mecanismos psicológicos para hacer frente de forma más efectiva a la condición de enfermo crónico. Sin embargo, para ello debemos definir claramente que es lo que debemos entender como apoyo social y porque tiene relevancia en la vida de un enfermo crónico.

Es en la década de los 70, que el concepto de apoyo social toma fuerza como constructo teórico, y se comienza a relacionarlo con la salud, por lo cual se vuelve un tema muy recurrente en las investigaciones en el ámbito de la psicología social y actualmente en la psicología de la salud.

Sin embargo, cabe mencionar que inicialmente no se manejaba el concepto de apoyo social como tal, situación que podemos ver reflejada en el trabajo de Cassel quien en 1974, planteaba directamente la importancia de las relaciones interpersonales para potenciar la salud derivado de lo cual, formuló la hipótesis de que la interrupción o destrucción de los vínculos sociales, que puede darse en situaciones de estrés, hace que este aumente hasta producirse la enfermedad. Por lo que sugiere que, es más fácil proteger la salud a través de la movilización del apoyo social, que mediante la reducción del tiempo en un medio estresante. Siguiendo esta misma línea de investigación, Cobb en 1976, se centró en la percepción que tiene el individuo de recibir afecto, estima, o ayuda y cómo ésta influye en la movilización de recursos de afrontamiento en situaciones estresantes. También, Caplan, en ese mismo año refería que los recursos derivados de distintas relaciones sociales, que sirven de sistemas de apoyo, juegan un papel preponderante en el bienestar del individuo. Este tipo de relaciones sociales se caracterizan por la delicadeza de los participantes, el cuidado mutuo altamente

personalizado y la disposición a amonestar continuamente y a recompensar periódicamente.

Estos investigadores coincidían al señalar que en épocas de crisis, estas relaciones sociales ayudan al individuo a movilizar sus recursos psicológicos y emocionales, así como a compartir las tareas y proporcionar ayuda instrumental, todo lo cual resulta ser una guía cognitiva de mejora en el manejo de las situaciones estresantes. Además, estas formas de apoyo, tienen lugar en diferentes contextos, ya sea desde sistemas institucionales hasta sistemas espontáneos en la comunidad. Por lo que, el individuo al poseer distintas relaciones interpersonales que mantiene en su comunidad, le ofrecen diferentes tipos de apoyo, lo que le permite acudir a unas o a otras en función de las características de los sucesos estresantes que deba afrontar.

Por lo que, se recomienda reforzar los vínculos naturales a los que la gente pertenece y de los que depende: familia, amistades, relaciones de trabajo, redes sociales establecidas por el vecindario, asociaciones voluntarias basadas en los principios de solidaridad y apoyo mutuo (Buendía, 1991).

Podemos observar que tanto Cassel, como Cobb y Caplan, se centraron en el apoyo social como su objetivo de investigación y tratándolo como un constructo social. Lo que dio pie a que surgieran un gran número de trabajos, donde tienden a determinar el proceso de influencia del apoyo social sobre la salud. Debido a la diversidad de estas investigaciones, resulta difícil encontrar un acuerdo con respecto a la definición de apoyo social, pero suelen converger en varios aspectos conceptuales, que a continuación se expondrán. (Buendía, 1991).

Debemos aclarar que esta diversidad conceptual del apoyo social es el resultado de las distintas orientaciones teóricas, instrumentos de evaluación y/o los intereses de los investigadores y no debido a una fragmentación del marco teórico (Abril, 1997). Partiendo de lo anterior, se toma la estructura de exposición que hace Barrón (1996), donde realiza una serie de distinciones, que facilitan la definición del constructo de apoyo social, es decir, explicando los diferentes aspectos que han tomado la gran diversidad de investigaciones acerca del apoyo

social. Cabe mencionar, que esto se realiza para que resulte inteligible, aunque no se debe olvidar que los distintos aspectos interactúan entre sí.

De esta manera, en el concepto de apoyo social al menos se diferencian tres aspectos:

Incluye varios niveles de análisis: comunitario, redes sociales y relaciones íntimas.

Se distinguen en su estudio varias perspectivas: estructural, funcional y contextual.

Se diferencia entre aspectos objetivos y subjetivos.

Un primer aspecto, se refiere a los niveles de análisis que se distinguen en el concepto de apoyo social. Estos fueron propuestos por Lin (1981), quienes consideraron que a nivel comunitario, el apoyo social proporciona una sensación de pertenencia e integración social la cual es evaluada en función de estar implicado en determinados roles y contextos sociales, por lo que se toma como medida de integración social el estado civil, la pertenencia a asociaciones comunitarias, clubes, etcétera.

El segundo nivel se refiere a las redes sociales, donde el apoyo social otorga un sentido de unión con los demás (de manera indirecta), aquí se incluyen todos los contactos sociales que mantienen las personas. Por último se encuentran las relaciones íntimas, que son las que directamente se han relacionado con el bienestar y la salud. Cabe mencionar, que estos tres niveles no son independientes, sino que están interconectados (Barrón, 1996).

En el segundo aspecto, se hace una distinción de las perspectivas de estudio del apoyo social. De las cuales se pueden distinguir principalmente tres: la perspectiva estructural, la perspectiva funcional (Abril, 1997; Barrón, 1996) y la perspectiva contextual (Barrón, 1996).

Las contribuciones realizadas desde la perspectiva estructural al estudio del apoyo social, son dos. Por una parte, se encuentra el análisis de la integración y participación social, y por otra parte, el análisis de la estructura de las redes sociales. El análisis de la integración y participación social examina la existencia y tipo de lazos sociales que mantiene el individuo. Además, entiende el apoyo social como el número o cantidad de contactos sociales que mantiene el sujeto, por lo que sostiene que el tener relaciones sociales es equivalente a obtener apoyo de

las mismas, solo que aquí se ignoran los conflictos asociados a la red, como lo es el hecho de que una gran proporción de la actividad diaria de una persona está ocupada por la interacción con otras personas, quienes son con alta frecuencia la raíz del estrés, lo que predispone para la enfermedad (Rodríguez, 1991).

Una segunda atribución es el análisis de la estructura de las redes, la cual se centra en las características de las relaciones entre los individuos que componen un sistema social, para determinar cómo estas características o propiedades influyen en el comportamiento de los miembros de la red y en el intercambio de recursos entre éstos. Estas propiedades o parámetros de la red social se dividen principalmente en dos:

### **1. Parámetros estructurales:**

- Tamaño. Número de personas más íntimas y de mayor confianza, con las que la persona en cuestión mantiene contacto. Ya que estos contactos son los que más influyen en la salud.
- Densidad. Interconexión entre las personas que forman parte de la red. En general, las redes menos densas se caracterizan casi siempre por tener normas más flexibles y por permitir un mayor acceso a una más amplia variedad de roles, lo que implica una mejora en los niveles de ajuste psicosocial y bienestar.

### **2. Parámetros interaccionales:**

- Multiplicidad. Existencia de relaciones que desempeñan más de una función o incluyen más de un tipo de actividad. Por lo cual, la persona en cuestión, puede obtener distintas clases de apoyo de persona diferentes de la red.

Cuando la persona percibe que algunos componentes de su red están cumpliendo diversas funciones con respecto a él, están interactuando con esas personas en términos de multiplicidad.

- Reciprocidad. Equilibrio o desequilibrio de los intercambios de recursos o ayuda bi-direccionales entre los miembros de una relación. Además, resulta importante



que estas relaciones sean comunales, es decir, que haya equidad y simetría percibida en los intercambios personales, teniendo en cuenta tanto las expectativas del receptor del apoyo recibido como la actitud del emisor que lo proporciona.

## **5.2. Tipos de Apoyo Social.**

Dado que la definición de apoyo social es tan compleja y difícil de enmarcar en una frase o constructor teórico, es conveniente considerar los componentes que la forman para entender mejor de donde puede surgir el apoyo necesario para que una persona tenga más elementos de respuesta ante una situación estresante o que le genere riesgos a su calidad de vida y por ende a su salud.

Ahora bien, respecto a la perspectiva funcional del apoyo social, las dimensiones relevantes en la evaluación del apoyo social son principalmente de tipo subjetivo. Además en ella se enfatizan las funciones que cumplen las relaciones sociales. Es importante distinguir por un lado, entre los recursos que se intercambian en las transacciones o relaciones sociales y por otro lado, las funciones que cumple el apoyo social. En cuanto a los recursos que se intercambian en las relaciones interpersonales (fuentes de apoyo social), son de tipo material (servicios, dinero, objetos, etcétera) y simbólico (cariño, aceptación, estima, consejo, etcétera), los cuales cumplen para la(s) persona(s) en particular, determinadas funciones como de apoyo emocional, apoyo informacional y apoyo instrumental, las cuales han sido ampliamente aceptadas entre los investigadores.

El apoyo emocional, se refiere a la disponibilidad de alguien con quien hablar, así como todo tipo de expresiones o demostraciones de amor, afecto cariño, simpatía, empatía, estima y/o pertenencia a grupos. Aunque todavía se desconoce el mecanismo a través del cual el apoyo social emocional fomenta la salud, se han hipotetizado varias posibilidades:

- A través de su efecto en la autoestima, ya que el sentirse aceptado y valorado por otra persona aumenta la autoestima, ó

- Mediante del conocimiento de que los problemas del individuo son compartidos por otros (teoría de la atribución), lo cual disminuye la gravedad percibida y el valor amenazante de los eventos negativos.

Otro tipo de función es el apoyo informacional o también, llamado estratégico, el cual se refiere al proceso a través del cual las personas reciben información, consejo o guía relevante que les ayuda a comprender determinado problema, los recursos importantes para su afrontamiento y las posibles vías de acción.

Un último tipo de función es el apoyo material también nombrado tangible o instrumental, el cual consiste en las acciones o materiales proporcionados por otras personas a la persona central. Este apoyo se relaciona con el bienestar porque reduce la sobrecarga de las tareas y deja tiempo libre para el ocio. Pero, también puede provocar sentimientos de endeudamiento.

Cabe mencionar, que estos apoyos sociales suelen darse conjuntamente, de esta manera, tanto el apoyo material como el informacional pueden considerarse como apoyo emocional, siempre y cuando no se den por obligación.

El último tipo de perspectiva es, la perspectiva contextual, la cual considera que en el estudio sobre la relación entre apoyo social y el bienestar, se deben tomar en cuenta los contextos ambientales y sociales en los que el apoyo es percibido, movilizado, aportado o recibido. Estos aspectos contextuales pueden ser entendidos revisando las características de los participantes, ya que un mismo recurso puede ser aceptable si proviene de un determinado sujeto, e inaceptable si lo proporciona otra persona; el momento en que se da el apoyo, ya que este cambiará según la situación estresante. Así como la necesidad de distintos tipos de apoyo en momentos diferentes. No podemos dejar de considerar la duración, dado que esta se refiere a que la habilidad de las personas que proporcionan apoyo para mantener y/o cambiar el apoyo durante el tiempo es crucial, principalmente para aquellas personas que presentan problemas crónicos o que sufren estrés a largo plazo, finalmente encontramos la finalidad como aspecto contextual y hace referencia a que la efectividad del apoyo social depende de la adecuación entre el apoyo que se da y las necesidades originadas por el problema concreto.

### **5.3. Apoyo recibido y percibido.**

El tercer y último aspecto del concepto de apoyo social, se refiere por un lado al apoyo recibido (objetivo) y por otro lado, al apoyo percibido (subjetivo).

El apoyo social percibido, se concibe según Cobb (1976, en Barrón, 1996), como la información que lleva al sujeto a creer que cuidan de él, que es amado, que es estimado, valorado y que pertenece a una red de comunicación y obligaciones mutuas. Además, para que este apoyo sea efectivo para la salud, es importante que se perciban las redes como favorables al propio crecimiento, bienestar y metas; especialmente para los individuos en situación de riesgo.

Existen numerosos factores que interactúan con la percepción del apoyo, uno de ellos se refiere al origen del mismo ya que las mismas acciones no se perciben de igual manera, si proceden de amigos, familiares o profesionales (Abril, 1997). Otro factor son las habilidades sociales, es decir, la capacidad de relacionarse con los otros, donde el sujeto en cuestión, no depende en su totalidad del apoyo que perciba del entorno, sino que es capaz de buscar por sí mismo personas que le resulten fuentes de apoyo (Ortigosa, Quiles y Méndez, 2003).

Un factor más, es el que considera que el apoyo social percibido es influenciado por la personalidad del sujeto en particular, esta opinión es apoyada por Sarason (1999), quien sostiene que las primeras experiencias de la infancia y la paternidad están relacionadas con la posterior autoestima y los sentimientos de ser amado, por ello, el apoyo social percibido es considerado como una característica personal, este mismo autor, sugiere que las personas que establecieron un apego seguro serán altas en apoyo social percibido y creerán que las personas de su red estarán disponibles si las necesitan y que será aceptado casi con total seguridad. Otros factores a considerar son, los roles de los miembros de la red, su experiencia, empatía, niveles de intimidad, similitud personal o la obligación anterior con la relación.

Por otra parte, el apoyo social recibido (objetivo) se evalúa de forma retrospectiva, preguntando al sujeto qué apoyo concreto recibió en un momento determinado. Las críticas que se le hacen a este tipo de apoyo, se centran en el escaso efecto

que presenta sobre el bienestar y el ajuste psicosocial del individuo en situaciones de estrés, también, pueden darse percepciones negativas de determinadas conductas de apoyo, así como percepciones de apoyo cuando tales conductas no se han producido.

Cabe mencionar, que a juicio de Barrón (1996) ambos tipos de apoyo (percibido y recibido), son importantes y pueden incrementar el bienestar. Lo ideal sería, que existiese realmente el apoyo y la persona lo percibiera así. Solo que el apoyo social percibido y el recibido pueden ser inconsistentes en algunos sujetos, es decir, algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, mientras que otras se sienten apoyadas a pesar de no recibir apoyo.

Por otro lado, en el rubro de la satisfacción con el apoyo social, autores como Barrera y colaboradores (1990 citado en Abril, 1997) propusieron un modelo que explica la satisfacción con el apoyo a partir de transacciones reales de apoyo. Por lo que, proponen tres predictores de la satisfacción del apoyo:

*Apoyo recibido:* es la frecuencia de intercambios de ayuda.

*Lazos conflictivos en la red:* es el número de personas de la red social con las que se dan relaciones conflictivas.

*Orientación a la red:* es el hecho de que una persona tenga un conjunto de creencias, actitudes y expectativas sobre la utilidad de los miembros de la red para ayudarlo a afrontar un problema vital.

Es decir, que la orientación del individuo hacia la red y el tipo de relación que mantiene con el emisor (grado de conflicto hacia la red) son las variables que van a determinar la satisfacción con el apoyo social.

Con base, en la revisión anterior sobre los diferentes aspectos que se toman en cuenta a la hora de estudiar el apoyo social, diferentes autores tratan de proponer una definición del apoyo social, que integre en lo posible todos estos aspectos, que son comunes en otras aportaciones conceptuales y teóricas. Se trata de hacer estas definiciones, porque como se sabe, ha resultado difícil un acuerdo en la definición del apoyo social. Son varios los autores que han realizado este tipo de labor, y por ello se habla de definiciones integradoras.

Un intento interesante por integrar los aspectos que conforman el apoyo social en una definición fue el de Lin (1986), quien realiza una definición que toma en cuenta todos los aspectos mencionados anteriormente. Así, propone que el apoyo social es el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales-percibidas o recibidas- proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza. Estas provisiones se pueden producir de igual forma en situaciones cotidianas como de crisis (en Barrón, 1996; Abril, 1997).

Por otro lado, Vaux en 1988 (citado en Barrón, 1996) consideraba que el apoyo social es un proceso donde interactúan los factores personales con los contextuales, los cuales influyen sobre los recursos de la red, conductas de apoyo y evaluaciones del mismo, los cuales a su vez se relacionan entre sí y en los que se pueden distinguir los siguientes aspectos que se toman en cuenta en esta definición; los factores personales que hacen referencia a los rasgos de personalidad y habilidades sociales, los cuales sirven para interactuar con los factores contextuales: denota los estresores, familia, roles sociales y comunidad. Vaux también considera a los recursos de la red de apoyo, entendiéndolos como la subparte de la red social, a la que la persona acude en busca de ayuda por lo que poseen rasgos estructurales como densidad, reciprocidad, etc. De esta forma, Vaux logra una integración, realizando así una definición completa, donde explica las relaciones que se establecen entre los diferentes aspectos que conforman el concepto de apoyo social.

También, realizando su aportación se encuentran Lareiter y Baumann (1992), quienes consideran que el apoyo social es multidimensional, lo que hace necesario una taxonomía multidimensional que resuelva los problemas conceptuales que el apoyo social plantea (Abril, 1997).

Esta taxonomía incluye cinco componentes:

1. Integración social. Participación de una persona en la comunidad o sociedad.
2. Redes de apoyo. Relaciones sociales a las que acude el individuo en busca de apoyo.
3. Clima de apoyo. Calidad de las relaciones y sistemas sociales.

4. Apoyo proporcionado y recibido. Transacciones de ayuda desde la perspectiva de quien la proporciona y del que la recibe.

5. Apoyo percibido. Percepción que el sujeto experimenta sobre la disponibilidad de la ayuda en caso de necesidad.

Según esta taxonomización, la integración social se sitúa en un nivel superior de jerarquización y resulta ser una precondition para que se produzca el proceso de apoyo social y a su vez es una función de las relaciones sociales de las personas.

El sistema de apoyo social representa los recursos de apoyo de la red, a su vez el término apoyo social se reserva como un concepto subordinado a los anteriores, siendo la percepción y la evaluación del apoyo términos que designan su representación en el sistema cognitivo de las personas.

La revisión de los diferentes intentos por definir lo que es el apoyo social, nos da una clara muestra de lo complejo que es el tratar de definir este tema por los múltiples elementos que lo conforman, sin embargo, las discrepancias o ambigüedades a la hora de definir el apoyo social, no han sido un obstáculo para el creciente campo de investigación, que relaciona el apoyo social con la salud, encontrando una asociación entre ambas variables, llegando a decir que la salud depende del apoyo social. De esta manera, lo que comúnmente se considera y que ha llegado a generalizarse es el hecho de que el apoyo social y la salud están relacionados de forma que la mala salud es más pronunciada y más probable entre aquellos a los que les falta o les falla el apoyo. Y, que el apoyo social está negativamente relacionado con la enfermedad, es decir, cuanto mayor sea el apoyo social que una persona recibe (y percibe) en la forma de relaciones estrechas, menor será la probabilidad de que esa persona enferme (Rodríguez, 1995).

Ya aceptada la influencia positiva del apoyo social sobre la salud, los investigadores no se han puesto de acuerdo en la forma en que se produce ese efecto positivo o los mecanismos a través de los cuales el apoyo social se relaciona con la salud. Para tener una adecuada comprensión del fenómeno, así como para la correcta planificación de las intervenciones. Una de las taxonomías de los modelos de apoyo social más conocidos, y la que se seguirá aquí, es la de

Cohen (1988, en Abril, 1997; Barrón, 1996; Buendía, 1991). Clasifica los modelos propuestos sobre los efectos del apoyo social en la salud y enfermedad en las tres siguientes categorías:

*Modelos genéricos.*

*Modelos centrados en el estrés.*

*Modelos centrados en el proceso psicosocial.*

Los Modelos genéricos afirman que el apoyo social se relaciona con la salud y con la enfermedad de las personas, ya sea a través de su influencia en los patrones conductuales que incrementan o reducen el riesgo de padecer diferentes trastornos (dieta, ejercicio, consumo de alcohol, tabaco, etcétera) o bien por su efecto en las respuestas biológicas (respuesta neuroendocrina, la inmunológica y las respuestas hemodinámicas) que inciden en dichos trastornos.

En relación con los modelos centrados en el estrés son los más aceptados y estudiados debido a sus efectos sobre la salud y el bienestar. Desde esta perspectiva se hipotetizan dos modelos teóricos: uno basado en la “hipótesis del efecto directo o principal” y otro basado en la “hipótesis del efecto protector o amortiguador”. Los modelos teóricos, que siguen la hipótesis del efecto directo o principal, sostienen que el apoyo fomenta directamente la salud y el bienestar independientemente del nivel de estrés que experimente el individuo. Es decir, a mayor nivel de apoyo social menor será el malestar psicológico experimentado, y a menor grado de apoyo social mayor será la incidencia de trastornos, independientemente de si la persona esta expuesta a estresares o no.

En tanto, los modelos teóricos, que se fundamentan en la hipótesis del efecto protector o amortiguador consideran que más que un efecto beneficioso para todo aquel que disponga de apoyo social, lo que se propone es un efecto protector o moderador del apoyo social para aquellas personas que se vean expuestas a interacciones estresantes (Gil Roales-Nieto,2004), es decir, el apoyo social tendría efectos beneficiosos únicamente durante situaciones estresantes y siempre y cuando este apoyo cubra las necesidades originadas por el estrés experimentado (Abril, 1997).

Por último, los Modelos basados en el proceso psicosocial son todos aquellos modelos que describen la naturaleza de la mediación psicosocial de la relación apoyo social –salud. Estos modelos tratan de especificar los procesos biológicos y psicológicos implicados en dicha relación, y evalúan por separado los efectos protectores y directos. Una razón del por qué no existe una reacción individual de carácter universal ante un mismo evento, y por tanto una predicción acertada de la enfermedad ante la identificación de los estresores que la producen, es la existencia de mediadores psicosociales en la cadena de procesos iniciados a partir de la exposición a un estresor vital (Abril, 1997).

Desde esta perspectiva, para Lazarus y Folkman (1984, en Caballo y Simón, 1998): el estrés se produce cuando se considera que ha tenido lugar alguna perturbación en la relación de la persona y el ambiente. El sujeto percibe una amenaza, considera que probablemente sus recursos no sean suficientes para controlar la perturbación y piensa que el resultado es importante para su bienestar. De esta forma, el estrés se basa en la evaluación de la perturbación por parte del individuo. La consideración por parte del sujeto de que existe una situación estresante, parezca razonable o no, inicia un complejo proceso. Se produce un rápido esfuerzo para reducir las sensaciones de malestar, tratando de cambiar la situación, las reacciones de la persona ante éstas o ambas.

Este esfuerzo de afrontamiento y sus consecuencias cambiarán la evaluación de la situación por parte de la persona, lo que a su vez modificará la respuesta posterior, etc. lo que se considera inicialmente como estresante depende no sólo de las cualidades del ambiente tal como se evalúa, sino también de la evaluación de los propios recursos para abordar esa situación.

Una vez que el individuo ha respondido a la situación estresante y derivado de los resultados y consecuencias de dicha respuesta, podrá establecerse si su respuesta ante tal situación lo fortalece, o la debilita dependiendo de las consecuencias y de la percepción de bienestar o malestar que el resultado produzca. Esta consideración es importante para entender como es que el apoyo social contribuye a que el individuo afronte de forma más preparada y efectiva una situación que afecte su salud, si consideramos que una enfermedad y en especial



una de carácter crónico, es una situación más que estresante y que las respuestas ante la misma, son fuertemente permeadas por la atención, apoyo, soporte y respaldo económico del entorno social en una situación de esta naturaleza.

Un ejemplo, que toma en cuenta algunos de los aspectos anteriores, es la investigación realizada por Gascón, Olmedo, Bermúdez, García, Ciccotelli (2003), quienes compararon dos grupos de desempleados y empleados, pudiendo comprobar que los primeros informaban de un mayor número de quejas somáticas que los segundos. Además, encontraron diferencias entre los grupos en cuanto a la percepción de estrés diario, éstas no fueron estadísticamente significativas y, a pesar de ello, se produjeron distintos niveles de salud auto informada en ambos grupos. Una posible explicación es que también los empleados están sometidos a estrés ya que tienen mayor nivel de libertad para manejar las demandas que valoran como estresantes, mientras que el desempleado apenas tiene opciones para transformar la situación y, al carecer de compañeros, cuenta con una red de apoyo social muchísimo más reducida.

De manera general, se puede decir que el apoyo de aquellos que están próximos y dispuestos a ayudar y a compartir los acontecimientos difíciles, constituye un elemento decisivo para amortiguar los efectos indeseables, tanto de tipo psicológico como fisiológico del estrés (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

Como se puede notar, no existe una gran diferencia entre la hipótesis del amortiguador y los modelos basados en el proceso psicosocial, ya que el apoyo social cumple la misma función o efecto, de reducir el nivel o impacto del estrés en la salud. Solo que los modelos basados en el proceso psicosocial dan una perspectiva más detallada del proceso y centrándose en que el estrés no es una relación fija persona-ambiente, sino un proceso evolutivo que implica numerosas evaluaciones y reevaluaciones.

Cabe mencionar que, Cohen y Wills (1986) mencionan que existen datos suficientes para que los modelos del efecto directo y amortiguador no se consideren excluyentes. Ambas conceptualizaciones del apoyo social son adecuadas, pero obviamente cada uno representa un proceso diferente mediante el cual el apoyo social influye en la salud (Buendía, 1991).

Como se mencionó anteriormente, de manera breve, el apoyo social puede tener efectos positivos como negativos sobre la salud. De esta manera, se puede observar que entre los efectos positivos, que ya se han mencionado bastante, en general se refieren al mejoramiento mental y físico de la persona que recibe el apoyo social, también en el caso de la rehabilitación de alguna enfermedad, el apoyo social mejora el avance en la rehabilitación y la recuperación de la enfermedad. En cuanto al proveedor del apoyo social se ha visto que el otorgar asistencia a una persona necesitada aumenta el sentimiento de autovaloración y la sensación de eficacia.

En lo que respecta, a los efectos negativos del apoyo social, en los proveedores de apoyo sucede cuando estas personas suscitan sentimientos negativos, de amenaza o vulnerabilidad, le recuerdan que le puede ocurrir lo mismo. También, pueden experimentar intensa ansiedad al tener que interactuar con esos sujetos, al no saber cuál es la conducta correcta en dicha situación su malestar puede incrementarse.

En tanto, los efectos negativos del apoyo social sobre las personas que reciben este apoyo, ocurre cuando los miembros de la red de apoyo del sujeto actúan como modelos inadecuados de conducta, o cuando tratan de distraerle para que no se preocupe, evitando que adopte medidas que a largo plazo serían beneficiosas. También, en aquellos casos de comportamientos hiper protectores por parte de los miembros de la red de apoyo (Barrón, 1996; Rodríguez, 1995; Sepúlveda, Troncoso y Álvarez, 1998). Al respecto, Gil Roales-Nieto (2004) considera que el apoyo social se ha llegado a vislumbrar como una panacea beneficiosa y dejando a un lado ciertas investigaciones que han demostrado como un mayor apoyo social puede verse relacionado con un efecto nocivo o al menos peligroso para la salud. Por lo que, considera que el apoyo social es toda interacción entre dos o más personas que se traduce en un resultado de salud. A lo que él llama una perspectiva funcional del apoyo social, la cual explica que en psicología de la salud se toma como apoyo social las interacciones de tipo social apreciadas así por el sujeto o paciente (y así informadas cuando se evalúan), al margen de cuál sea su verdadero efecto directo o indirecto sobre la salud. Así,

atender las quejas de un paciente dolorido consolándole, es tenido como una muestra social, pero dependiendo de ciertas variables no siempre fácilmente identificables, dicho apoyo social puede llegar a producir un beneficio o perjuicio sobre su conducta de salud, aunque sobre su comportamiento afectivo el resultado siempre sea positivo, en el sentido de que el enfermo apreciara y agradecerá la atención que reciba. Por lo que resulta conveniente, distinguir entre vivencias producidas por el apoyo social e incidencia de éste a nivel funcional sobre el proceso de enfermedad. Es así como, desde la perspectiva de su influencia sobre la salud, sólo deben considerarse las interacciones de apoyo social que realmente beneficien la salud a corto, medio o largo plazo.

Con base en lo anterior, y si se considera que el apoyo social proporciona ventajas a la salud, ¿pueden mejorar las personas su red de apoyo social mediante acciones específicas? Respecto a esta pregunta hay varias respuestas, como:

Mejorar las fuentes de apoyo existentes y crear redes de apoyo mediante grupos de apoyo o autoayuda. Ya que los grupos de apoyo son redes de personas que comparten circunstancias estresantes similares. Si uno se relaciona con otras personas que enfrentan situaciones parecidas, puede compartir con éstas experiencias valiosas, brindándose apoyo emocional, información y ayuda práctica (Brannon y Feist, 2001).

Ayudando a mejorar las habilidades sociales que aumentan la probabilidad de obtener apoyos beneficiosos; modificando cogniciones disfuncionales respecto a la obtención y el mantenimiento de apoyos sociales y potenciando cogniciones favorables; planificando actividades adecuadas para la búsqueda y el desarrollo de apoyos adecuados; incrementando la independencia de funcionamiento personal y, por tanto, reduciendo la dependencia de apoyos inapropiados; y trabajando con las personas cercanas que puedan proporcionar los apoyos sociales adecuados (Buceta, Bueno y Mas, 2001).

Otro recurso sería el desarrollo y optimización del sistema de apoyo profesional, es decir, generar una relación de mutua colaboración en la que el profesional se vea como un asesor, que se preocupa por lograr una comunicación efectiva y es activo en la búsqueda de los usuarios y a éstos por su parte se les vea como

personas con capacidad para aprender, controlar y desarrollar competencias (Restrepo, 1991).

Podemos identificar en los apartados anteriores, algunas practicas que actualmente se dan en la medicina y en general en el ámbito de la salud, como herramientas de trabajo, como son los grupos de autoayuda o el profesional de la salud como ser empático y no solo como proveedor de medicamentos y calmantes. Esto es un claro ejemplo de que el apoyo social es un elemento de suma importancia al momento de trabajar con la mejora en la calidad de vida de distintos tipos de pacientes, en especial, aquellos que tratan de apoyarse en un padecimiento crónico.

Cabe mencionar que diferentes estudios han relacionado el apoyo social con el género y las relaciones familiares o el estado civil. De esta manera, el matrimonio al parecer, es un excelente apoyo social para ambos cónyuges, pero el simple hecho de estar casado no contribuye a la salud, sino la buena calidad de la relación de pareja, así como la buena calidad de las relaciones familiares. Solo que, los beneficios del matrimonio no son los mismos para hombres y mujeres, ya que el matrimonio beneficia más a los hombres que a las mujeres. Los mecanismos de esta ventaja, no son claros, pero el papel de la mujer como cuidadora puede ser la clave. Las mujeres tienden a proporcionar un mayor número de cuidados que los que reciben y pueden ignorar su propio estado de salud por preocuparse por el de su marido e hijos. Además de que las mujeres cultivan una red social más amplia de miembros familiares y amigos y por lo tanto, son más proclives a recibir apoyo pero, una desventaja es que las mujeres con muchos contactos sociales tienen que emplearse más a fondo, recibiendo más demandas de apoyo, las cuales pueden aumentar su estrés, en lugar de reducirlo (Brannon y Feist, 2001; Rodríguez, 1991), pero ante esto se puede argumentar lo que sostiene Gil, Roales y Nieto, acerca de que se considere como apoyo social solamente aquellas interacciones que faciliten la salud.

Una vez realizada ésta exhaustiva revisión de la relación entre apoyo social y salud, y encontrando que la literatura se basa en el supuesto de que el apoyo social tiene un efecto positivo para el mantenimiento de la salud tanto física como

mental, así como para la prevención de la enfermedad, mediante la movilización de las redes de apoyo social, desde los diferentes modelos que explican el apoyo social, estamos en posibilidad de entender como es que este interviene en la vida de un enfermo crónico.

## 6. CONCLUSIONES

De la revisión teórica que hemos llevado a cabo a lo largo de los anteriores capítulos podemos rescatar la evolución de los términos salud y enfermedad en un contexto histórico en el que fueron generados lo cual influye directamente en el significado que se les atribuye, lo cual nos deriva en el poder reconocer cuales son los factores psicológicos que influyen en el mantenimiento de la salud o en el desarrollo de una enfermedad.

En la revisión conceptual de los términos salud y enfermedad, los griegos fueron como lo refiere Bacells (1978) una de las primeras civilizaciones que trataron a la enfermedad como el efecto de un desequilibrio divino o un castigo de los dioses y por lo tanto, la salud era un regalo de los mismo Dioses. Sin embargo para Becoña y Oblitas en su trabajo del 2000, señalan que los griegos también manejaban la concepción de que la enfermedad es consecuencia de un desequilibrio en el interior del cuerpo quitándole parte de su carácter divino. Autores como San Martín (1979), Howard (1892) y Weller (1997), apoyan esta concepción de que la enfermedad como consecuencia de un desequilibrio en el organismo.

Como conclusión tenemos las definiciones médicas que aunque son muy limitadas, al considerar solo una dimensión posible del fenómeno de la enfermedad, como lo refieren Mora y Hersch quienes en 1990 basándose en el diccionario de ciencias de la salud, consideran que es una alteración del estado "normal" del organismo y que puede deberse a un agente patógeno que altera el funcionamiento del organismo o de alguno de sus órganos.

Bajo este esquema médico encontramos lo referido por Howard (1982) para quien el estar enfermo es estar menos sano de lo normal, entendiendo por normalidad un estado subjetivo o implícito de salud.

Como podemos apreciar en este recorrido histórico la definición de salud durante un periodo histórico importante que abarca desde las civilizaciones antiguas como los griegos hasta la década de los años ochenta, no sufrió cambios en su carácter unidimensional, lo cual limitaba mucho sus resultados al atacar solamente la parte

biológica del ser humano. Sin embargo es la OMS, citada por Mora y Hersch (1990), la primera institución que contempla en su definición el carácter multidimensional al incluir los elementos bio-psico-sociales en que se encuentra inmerso el sujeto y no solo la ausencia de patologías o sintomatologías.

Es derivado de esta integración de elementos que surge la necesidad de que un área específica de la psicología aborde estos temas, ya que algunas de las corrientes psicológicas abordan la relación entre mente y cuerpo y el correcto funcionamiento de ambas entidades, pero solo de forma superficial, considerando algunos factores del comportamiento humano. Como ejemplo están los trabajos de Freud quien ya en 1889 al trabajar con Charcot y las mujeres con histeria de conversión daba pie a la relevancia de los factores emocionales en la aparición de síntomas físicos. Posteriormente diferentes corrientes psicológicas consideraron la influencia de los factores psicológicos en el estado de salud de las personas, entre estas aproximaciones encontramos la medicina comportamental, la cual a decir de Howard (1982) consideraba la influencia de los comportamientos y hábitos del individuo como desencadenantes de las respuestas biológicas de enfermedad.

Por otra parte, para Pomerlau y Brady (1979), la psicología comunitaria era la forma de interrelacionar los aspectos sociales con la salud física de los individuos. Para Schneider, (1974) la psicología médica retoma los factores sociales y biológicos integrándolos en un diagnóstico único para el trabajo con la salud individual.

Cada una de las corrientes psicológicas que hemos revisado hasta el momento tiene valiosas aportaciones al tema de la salud física y su relación con los factores psicológicos y sociales, sin embargo ninguna de ellas logra integrar la complejidad de una visión biopsicosocial como lo hace la psicología de la salud, la cual a decir de Matarazzo (1980), es el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología, la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas"

Esta visión es apoyada fuertemente por Oblitas en sus trabajos del 2005, en los cuales reitera que el principal factor de éxito de la psicología de la salud, esta en la atención multidisciplinaria y multifactorial al binomio salud- enfermedad, considerando que los repertorios de respuesta que el individuo posee y que influyen en el desarrollo de una enfermedad son de muy importantes para que su calidad de vida sea optima.

Ante tales argumentos, podemos entender como la psicología de la salud se ha ganado un papel de la disciplina más completa para tratar los temas de salud y enfermedad desde una perspectiva psicológica, ya que no solamente involucra una visión biopsicosocial sino que además, contempla aspectos de prevención en el cuidado y mantenimiento de la salud, situación que no ocurría con ninguna otra disciplina ni psicológica ni medica hasta hace 30 años previo al surgimiento de la psicología de la salud como disciplina teórica y aplicada a la mejora en la calidad de vida, ya que la psicología de la salud amplía el abanico de elementos a que se pueden considerar al trabajar con programas de salud bio-psico-socialmente estructurados, bajo la premisa de que el hombre es un ser indivisible y multidimensional y por tanto si queremos superar el modelo medico de trabajo con la salud, no podemos escindir al ser humano de los ámbitos en que se desenvuelve además del biológico y fisiológico. Ya que elementos como las cargas de trabajo, una mala relación familiar entre muchos otros pueden ser desencadenantes de una salud deteriorada o precaria, aun cuando en un inicio no existiera evidencia de algún elemento biológico causal de dicha enfermedad. Abril en (1997)

Este concepto de calidad de vida surge como bandera de una nueva visión hacia el trabajo con la salud, a nivel internacional con el surgimiento inicialmente de las declaraciones jurídicas de lo que los gobiernos y entidades estatales deben hacer o garantizar en el rubro de salud publica, contemplando el completo bienestar físico, mental y social dentro de los programas de salud, ya que con anterioridad y regidos totalmente por la visión medica de la salud, los programas en este sentido solo contemplaban en su nivel preventivo a las vacunas, y el resto de la atención a este tema lo dejaban al campo de la intervención, aislando de esta forma la sujeto



en su reacción física y no en sus elementos contextuales. Por ello no es de extrañar que el surgimiento o mejor dicho el auge de la psicología de la salud se de en concatenación al surgimiento de esta visión de la salud, como estrategia para identificar y trabajar con aquellas conductas que pueden ser precursoras de una enfermedad y proporcionar al individuo los elementos de apoyo para prevenir esta ocurrencia de enfermedad.

Sin embargo y pese a los beneficios y bondades que reviste el trabajo del psicólogo de la salud en el manejo y prevención de enfermedades, la psicología de la salud no solo existe en este nivel, también al igual que la medicina puede trabajar a nivel de intervención, sin embargo no para atacar el síntoma, sino para proporcionar las herramientas de análisis y trabajo a las personas enfermas, tanto para evitar la recurrencia de dicha enfermedad como para el afrontamiento y mejora en la calidad de vida de las mismas, en casos como las enfermedades crónico- degenerativas.

Lo ideal sería quedarse en el primer nivel de atención a la salud previniendo la ocurrencia de las enfermedades a través de la identificación de las conductas y practicas de riesgo y el posterior entrenamiento de los individuos para evitarlas o saber manejarlas sin que impliquen un riesgo para su salud, como sería la eliminación de hábitos nocivos como el fumar, consumo de comida “chatarra”, beber alcohol en exceso, no liberar el estrés, no adherirse al tratamiento cuando se tiene una enfermedad leve, entre otros, los cuales son detonantes de una condición de salud que a futuro puede ser más grave. Cabe destacar que a nivel de prevención no solo son conductas las que pueden desencadenar un estado de salud deteriorado, sino que también las actitudes que se asumen respecto a estos elementos nocivos.

Es por ello que algunos autores como Rodríguez (1991) hablan de la importancia de los factores materiales, anímicos, sociales, actitudinales y personales para el mantenimiento de la salud del individuo, tratando de englobar estos en lo que se conoce como apoyo social. El cual, si bien es cierto no es fácil de definir por el universo de conceptos que lo integran si puede describirse a través de

definiciones integradoras o enmarcando sus componentes en una secuencia lógica que explique el alcance de sus componentes.

Aunque diversos autores como Cobb (1976), Caplan (1980) y Buendía (1981), coinciden en la interacción de los elementos familiares, sociales, individuales, culturales y personales al momento de hablar de apoyo social, existe cierta diferencia entre ellos ya que algunos como Cobb señalan el apoyo social como el que es recibido por el sujeto y que proviene de sus interacciones como el elemento que posibilita la mejora en la salud del individuo, sin embargo otros de estos mismo autores como Caplan, manejan el apoyo social en dos dimensiones o a dos niveles, el percibido y el objetivo, el percibido tiene que ver con la idea que tiene el sujeto del apoyo que recibe y no necesariamente es proporcional al apoyo objetivo, ya que alguien puede percibir un alto grado de apoyo cuando en realidad este no es tan grande.

De ahí la controversia planteada por autores Sarason (1999) quien plantea que el apoyo social percibido está determinado por las características personales del sujeto y que dependerá de si su estructura psíquica se encuentra bien cimentada y si en su infancia tuvo buenas experiencias en relación con sus interacciones sociales es decir, que solo será de utilidad si el sujeto así lo determina, aunque la realidad sea otra, Por otra parte y en contrapunto a este planteamiento algunos autores hacen referencia a la forma en que es evaluado el apoyo recibido (objetivo), ya que este comentan, es evaluado de forma retrospectiva, es decir, después de que se recibió, lo cual a decir de quienes defienden esta idea no ayuda en nada a la salud ya que no genera ningún cambio.

Creo al igual que Barrón (1999) que el apoyo social cumple cabalmente con su función de fomento y mantenimiento de la salud solo en la medida en que el sujeto es capaz de integrar tanto el percibido como el recibido, ya que al presentarse ambos adquiere mayor relevancia en la salud del sujeto.

Sin embargo, no debemos dejar de lado que son diferentes momentos en que se presenta el apoyo social lo que hay que considerar como elemento de análisis, por ejemplo, el apoyo social recibido (objetivo) se evalúa en retrospectiva después de que fue recibido, sin embargo en el momento en que es otorgado, cumple las dos

funciones, ya que es recibido y por muy poca atención que el sujeto que lo recibe preste al mismo, esta siendo percibido, claro que adquiere más fuerza si el sujeto esta en condiciones de notarlo y apreciarlo, es decir, que no podemos tomar una postura absoluta al hablar de que el apoyo percibido solo depende del sujeto, sino que es el momento en que es evaluado lo que nos determinara o arrojar luz sobre que tan útil fue para el sujeto.

Por otra parte esta la postura de quienes como Caplan en 1976 declaran que el apoyo social es solo el detonante para que el sujeto que lo perciba ponga en practica sus herramientas de afrontamiento, lo cual nos lleva nuevamente a la percepción del sujeto sobre el apoyo social recibido y ala interpretación que este haga del mismo. Veamos cuando un sujeto percibe que es apoyado por su entorno social, independientemente de cual sea esta, puede reaccionar trabajando de manera más constante y directa en solventar sus problemas de salud, pero si el mismo sujeto, percibe el apoyo social recibido como nulo, o por debajo de las expectativas que tiene establecidas, no pondrá en acción sus herramientas de afrontamiento y evitara confrontar sus situación al sentirse solo en esta etapa tan compleja como es una enfermedad crónico-degenerativa.

De alguna manera podemos decir que lo planteado por Caplan en el año de 1976, es claro al afirmar el papel motivador o desencadenante que tiene el apoyo social, para un enfermo crónico, ya que el apoyo social en si mismo, no resuelve o modifica la situación en que se encuentra el sujeto, pero si contribuye a modificar la percepción que este tiene de su condición, lo que afectara de manera directa sus respuesta ante la misma.

Existen sin embargo otros autores que no dan el mismo sentido al papel que juega el apoyo social en la vida de una persona, sino que lo visualizan como la interacción de las relaciones y entornos, familiar, social, laboral, espiritual, con el sujeto, esta postura, sin embrago, es muy similar a la de Caplan solo que enfocada como la interacción del sujeto con su medio y como este afecta a sui estado de animo, es decir que aunque también consideran la intervención del apoyo social como factor coadyuvante para que se den las respuestas del sujeto,

es más entendido como el englobe de todos los escenarios sociales en que se desenvuelve el individuo y sus respuestas al mismo.

Con todo y estas discrepancias teórico- conceptuales sobre el tema del apoyo social, no podemos negar su relevancia en el tratamiento de enfermedades crónicas, ya que es en este tipo de trances que el sujeto pierde gran parte del control sobre la forma en que debe vivir su vida, por los tratamientos, dietas, o síntomas que le impiden llevar a cabo sus actividades normales, lo cual como consecuencia directa resulta en afectaciones a sus interacciones sociales. Situación que agrava los síntomas propios de una enfermedad crónica, al aumentar el estrés que provoca una pérdida de los constructores sociales que mantiene al sujeto arraigado a una pseudo-normalidad, a pesar de su condición.

Claro ejemplo de esto es lo expresado por Rodríguez- Marín (1995) para quien el tiempo de vida de un paciente crónico y su calidad de vida, dependen en gran medida de la forma en que el paciente responde a sus situación, y esta a su vez esta fuertemente determinada por la forma en que se da la interacción e integración de los elementos que componen el apoyo social. Esto también es apoyado por Branon (2001) al establecer que el nivel de involucramiento de la familia en la enfermedad esta directamente relacionado con la respuesta del sujeto, ya que a mayor nivel de involucramiento tanto percibido como recibido que tenga la familia, mayor será el desgaste de esta y el sujeto se sentirá más amado al ver que tanto se involucra sus familia en su padecimiento y eso puede modificar sus respuesta, ante la enfermedad.

Claro que debemos entender que estas dificultades conceptuales que se presentan al hablar de apoyo social, también se presentan al aplicar este apoyo de forma adecuada en un entorno terapéutico o como elemento de ayuda para el tratamiento de una enfermedad crónica, ya que debe de existir un equilibrio en la forma en que estos entornos sociales (familia, amigos, trabajo, etc.) se presentan en la vida del enfermo y deben de ser administrados de forma tal que se logre un equilibrio entre el apoyo social percibido y el objetivo, con lo cual la persona se vera en la necesidad de aplicar sus herramientas comportamentales y de

afrontamiento para entender y vivir de forma más completa sus condición de enfermo crónico. (Fernández-Ballesteros 1994)

Ante lo anterior, surge la figura del psicólogo de la salud como mediador o guía en esta respuesta del sujeto ante el apoyo social percibido y recibido, si por ejemplo, el enfermo crónico, al percibir que su familia y amigos parte de su red social están resultando muy desgastados por su condición, puede caer en dos tipos de reacciones por un lado la reacción positiva de tratar de superar su condición o aplicar el 100% de sus energías en sentirse mejor para evitar el sufrimiento y desgaste de sus proveedores de apoyo, o la actitud de derrota para que quienes le apoyan no continúen con el sufrimiento y desgaste que les provoca su condición de enfermo crónico, dejándose morir o trabajando lo menos posible en su recuperación o en atender su condición para que el desgaste de sus familiares y amigos termine lo antes posible.

Este es un reto importante para el psicólogo de la salud ya que además de pensar en el nivel de prevención al trabajar con los temas de salud, debe considerar como actuar para que al momento en que le toque trabajar a nivel de intervención pueda sacar el mayor provecho a las ventajas que revisten las redes de apoyo social que el sujeto posee, a fin de elevar su calidad de vida, aun y cuando esto no es garantía de que el sujeto se cure de la enfermedad que lo aqueja pero que si contribuirán a que el tiempo que este padezca la enfermedad sea de mayor calidad y en una situación, dentro de lo posible, menos estresante.

Como campo de trabajo el para el psicólogo de la salud existe un área de oportunidad poco atendida que es la de la prevención en el cuidado de la salud, invariablemente como se describe en el trabajo de OMS del año 1999 en el que de forma recurrente se presenta el tema de la atención a la salud con un tratamiento reactivo y con una consciencia o actividad preventiva, debemos considerar que el papel del psicólogo de la salud debe de contemplar trabajar con el área preventiva del manejo de la salud, a nivel individual como a nivel de salud publica, es por ello que dentro de los programas de gobierno como PREVENIMSS, que desde la óptica medica buscan la prevención de enfermedades, las cuales finalmente constituyen un gasto fuerte para las instituciones de salud, debería contemplarse

el involucramiento de psicólogos de la salud como partícipes de las estrategias que provoquen o permitan el cambio de actitud de los pacientes que acuden a este tipo de servicios preventivos, para que realmente se de la adherencia al tratamiento, la rutina de ejercicios, cambio de hábitos, y cualquier otro medio que se emplee para disminuir la probabilidad de que la población llegue a presentar enfermedades crónicas derivadas de malos hábitos y actitudes.

Con lo anterior surge la pregunta de ¿que tanto influye el apoyo social como predictor de una enfermedad crónica o como elemento de apoyo para que esta no se presente en un futuro? Lo anterior, se deriva de la siguiente consideración: si en el ámbito de prevención de enfermedades, gran parte del trabajo de los especialistas en el campo va encaminado a eliminar o disminuir los malos hábitos como elementos que dan origen a un padecimiento crónico o de salud más complejo, podría encontrarse una relación entre la carencia del apoyo social percibido y objetivo en la vida de un sujeto, para que este lleve o mantenga esos malos hábitos. Por ejemplo, en el caso de las personas que abusan del consumo del alcohol, programas de apoyo social como AA, buscan que sea el entorno familiar en primera instancia el que se modifique para dar el apoyo necesario al enfermo alcohólico, es decir, la eliminación del hábito o el control de la enfermedad se dará en la medida en que el sujeto no reciba del entorno el estímulo reforzante o de que reciba el apoyo necesario para sustituir el mal hábito del alcohol por una relación más estrecha con sus familiares.

Es fácil encontrar una relación de la presencia o la ausencia de apoyo social en el mantenimiento o eliminación de un mal hábito, dado que la mayoría de los malos hábitos surgen como compensación de una necesidad, ya sea afectiva, de reconocimiento, o de pertenencia, las cuales se pueden englobar en la categoría de apoyos sociales ya sea percibidos u objetivos. Si de alguna forma buscáramos definir esta relación sería que la buena salud es directamente proporcional al nivel de bienestar que el sujeto perciba y mantenga con su entorno social, es decir, que a mayor apoyo social percibido y objetivo, mayores serán las herramientas de afrontamiento que el sujeto pondrá en práctica para evitar caer en los malos hábitos que pueden derivar en una condición de enfermedad ya sea crónica o

temporal. Y si las redes de apoyo social no logran ser suficientes para evitar esos malos hábitos en relación con la salud del sujeto que pueden alterarla, si debe considerarse de forma importante el papel que juegue el apoyo social para la intervención en el tratamiento de una enfermedad crónica, en la búsqueda de elevar la calidad de vida de las personas que tiene esta condición.

Ahora que tocamos el punto de la calidad de vida de un paciente crónico, debemos resaltar la relación del apoyo social con la percepción de que tan buena es la calidad de vida, ya que esta no hace referencia solamente a lo que se refiere a disminuir síntomas, sentir menos dolor, presentar un cuadro clínico más atenuado o curarse de la enfermedad, sino como lo define Schneider quien en 1974 decía que la calidad de vida puede mejorarse a nivel individual, si se logra trabajar adecuadamente a nivel comunitario, dicho de otra manera, el individuo al estar construido de factores bio-psico-sociales, debe atender estos tres niveles para lograr una calidad de vida optima, ya que si se tratan de manera separada como elementos sin conexión se estaría hablando de un sujeto dividido y por lo tanto incompleto, cuya calidad de vida se vería afectada al no atender todos los factores que lo integran.

Es importante mencionar lo planteado por Matarazzo en su trabajo de 1980 respecto a que la psicología de la salud está muy interesada en el mantenimiento de la salud en individuos que aún no se han enfermado partiendo de planes de prevención y modificación de conductas favorecedoras de enfermedades. Es este el trabajo real del psicólogo de la salud y que lo distingue de los demás profesionales de la salud, incluso de otros profesionales en psicología que trabajan a un nivel de intervención con los pacientes, este termino también es importante de considerar ya que un paciente es definido por la perspectiva medica, como aquella persona que es sujeta a un tratamiento para eliminar alguna enfermedad o patología, y la psicología de la salud trabaja con las personas que son todos los individuos de manera generalizada. Dicho de otra manera el psicólogo de la salud no necesita que la persona este enferma para trabajar con el sino que busca prevenir que llegue a convertirse en un paciente.

Finalmente como podemos observar a lo largo de este trabajo, aunque la psicología de la salud tiene más de 30 años como disciplina reconocida y desde sus orígenes ha buscado trabajar de manera consistente con la salud de las personas contemplando y considerando aspectos más amplios que los que se abordan desde otras disciplinas, aun no existe, por lo menos en nuestro país una cultura de la prevención en el cuidado de la salud, factor que adquiere gran relevancia en nuestros tiempos ya que cada vez el ritmo de vida y las condiciones ambientales son más propicias para la adquisición y mantenimiento de malos hábitos que derivan invariablemente en enfermedades, causadas por estrés, fumar, alcohol, drogas, entre otras conductas sociales de riesgo.

Una propuesta de trabajo pudiera ser la intervención del psicólogo de la salud en un nivel comunitario y social que disminuya la posibilidad o afectación que la descomposición de los factores sociales tiene en la salud del individuo, dicho de otra manera, el apoyo social como herramienta de trabajo del psicólogo de la salud puede facilitar el adecuado manejo de los repertorios comportamentales y de afrontamiento que el individuo posee para cuidar sus salud.

Desde hace algunos años y hasta el momento, como lo manifiesta Dossey (1986) son los grupos de autoayuda el mejor ejemplo de cómo el apoyo social percibido y objetivo contribuye a una mejor calidad de vida en las personas que padecen alguna enfermedad crónica, sin embargo, son muy pocos los grupos que trabajan empleando el apoyo social a nivel preventivo, la mayoría actúan cuando la persona ya presenta la enfermedad o patología a la que pretenden atacar. Sería interesante considerar establecer grupos de trabajo en los que las personas adquieran las herramientas necesarias para cuidar su salud cuando la tienen y no cuando esta se ve afectada por una enfermedad. Contemplando el cambio de actitud hacia el cuidado de la salud que como sociedad tenemos arraigado

Ayudando esta propuesta de trabajo tenemos lo expuesto por Pérez y Nahi (2006) quienes argumentan que para dar mayor alcance a las acciones en pro de la salud debemos entender que la ausencia de enfermedad no es sinónimo de salud. En muchos casos la "curación", lograda con el tratamiento médico, no garantiza que el paciente recupere los repertorios funcionales que antes poseía, y mucho menos



que incorpore un sistema de creencias, emociones y acciones que faciliten la salud, objetiva y subjetiva. Por ello, es importante crear una cultura del cuidado y mantenimiento de la salud, no sobre la base de que la ausencia de enfermedad es sinónimo de salud, sino contemplando la ausencia de enfermedad como la oportunidad de fomentar y mantener la calidad de vida antes de que esta se vea alterada por algún padecimiento ya sea de índole física, biológica, fisiológica o psicológica, incrementando los repertorios funcionales con que cuenta la persona a fin de que pueda de manera objetiva y concreta hacerse responsable de mantener una buena salud y un calidad de vida optimas.

## BIBLIOGRAFIA

- Ajzen, I. (1985). **From intentions to actions: A theory of planned Behavior**. Chicago. Dorsey Press.
- Amigo, Vázquez I. (1998). **Manual de Psicología de la Salud**. Madrid. Pirámide
- Ardila, Rubén. (1992). **Salud y Psicología** Colombia. Avances en Psicología Clínica Latinoamericana: En Oblitas 2000. **Psicología de la Salud**. México. Plaza y Valdés.
- Ashton, J. y Seymour, H. (1990). **La Nueva Salud Pública**. Barcelona. Masson.
- Balcells Gorina. (1978). **Patología General. Tomo I**. Editorial Toray, Barcelona, 5ª. Ed. p. 11-12
- Bandura, A. (1986). **Social Foundations of thought and action**. Englewood Cliffs, N.J. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. En: Bandura, A. **Self-efficacy in changing societies**. New Cork. Cambridge.
- Bandura, A. (1997). **Self-Efficacy: The exercise of control**. New York. W.H. Freeman.
- Becoña. E. Vázquez, F. Oblitas, L. (2000). **Psicología de la salud. Antecedentes, Desarrollo, Estado actual y perspectivas en E. E Y L. Oblitas (Eds.) Psicología de la salud**. 11-51 México. Plaza y Valdés.
- Belar, C.D. & Deardorff, W.W. (1995). **Clinical Health Psychology in Medical Settings**. Washington: American Psychological Association.
- Bensabat, S. (1984). **Stress**, España. ed. Mensajero.
- Blanchard, E. B. 1977. **Behavioral medicine: A perspective**. Cambridge. Ballinger.
- Bloom, B.L. (1973). **The Domain of community psychology**. American Journal of Community Psychology.
- Buceta J. Bueno A. (2000). **Intervención psicológica en trastornos de la salud**. Madrid. Dykinson.

Buceta J. Bueno A. (2001). **Intervención psicológica y Salud: Control del Estrés y Conductas de Riesgo**. Madrid. Dykinson

Buela-Casal, G. Caballo y Sierra J. C. (1996). **Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud**. Siglo XXI. España

Brannon, L, Feist, J. (2001). **Psicología de la Salud**. España. Paraninfo.

Caballo V, Simón, M. (2000). **Acontecimientos estresantes vitales y trastornos psicopatológicos**. Universidad de Granada en; Oblitas y Becoña 2000. **Psicología de la Salud**. México. Plaza y Valdés.

Carrobes, J. A. (1982). **Psicología y Medicina**, en M.D. Avia; R. Burgaleta; C. Camarero; J. A. Carrobes; M. Costa; A. Fierro; J.A. de Juan y J. Toro (eds.), La psicología como Ciencia. Madrid. Ayuso.

**Diccionario Ilustrado Océano de la Lengua española**. (2000). Barcelona. Océano.

Dossey Larry. (1986). **Tiempo, Espacio y Medicina**. Barcelona. Kairos.

Espinosa de RH. (1955) **La Epidemiología y las Políticas Públicas Saludables**. Revista Facultad de Salud Pública; vol. 12 (2):37

Fernández-Ballesteros, R. (1994). **Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud**. Madrid. Pirámide.

Fishbein, M. Ajzen, I. (1975). **Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research**. Massachusetts, Addison Wesley.

Ford, D, H. (1987). Humans as self-Constructing Living Systems: A Developmental perspective on behavior and personality. Hillsdale, N.J. Erlbaum.

García Diego C. (1985). **Diccionario Etimológico español e hispánico ed 2**. Madrid. Espasa-Calpe.

Gatchel, R. J. y Baum, A. (1983). **An Introduction to Health Psychology**. Reading, Massachusetts. Addison-Wesley.

Godoy, J, F. (1991). Medicina Conductual. En **V. E. Caballo. Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta**. Madrid. Siglo XXI.

Gómez-Rieux y M. Gervois. (1989). **Medicina Preventiva Salud Pública e Higiene**. México. Limusa

- Green Walter H. (1988). **Educación para la salud**. México. Nueva editorial Interamericana.
- Higashida Hirose Berta Yoshico. (1995). **Educación para la Salud**. Interamericana Mc. Graw Hill. México. pp. 302
- Howard C. Warren. (1982). **Diccionario de Psicología**. Fondo De Cultura Económica. México.
- Junta Directiva de la Alapsa (1997). **Psicología de la Salud: Una perspectiva Latinoamericana**. Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud,
- Jores, A, 1961. **El hombre y sus enfermedades**. Labor. Barcelona
- Karoly, P. (1993). **Mechanisms of self- regulation: A systems view**. **Anual review of psychology**, 44, 23-52.
- Karoly, P. (1993). **Mechanisms of self-regulation: A systems view**. Anual review of psychology.
- Kirsch, I. (1990). **Changing expectations: A Key to effective psychotherapy**. C. A. Pacific Grove.
- Kleinke, Chris L. (1998). **Principios Comunes en Psicoterapia**. España. Desclée de Brouwer.
- Lazarus RS, Folkman S. (1986). **El concepto de afrontamiento**. En: Estrés y procesos cognitivos. Editorial Martínez-Roca S.A., Barcelona, pp 140-163.
- Levi Nennart. (1981). **Society, stress and disease**. Oxford. Oxford University.
- Lopez Luna C. (1993). **Salud Pública**. México. Interamericana Mc. Graw Hill.
- Lovallo, William R. (1977). **Stress & Healt: Biological and Psychological interactions**. Thousand Oaks, CA. Sage. En Brannon y Feist, (2000). **Psicología de la Salud**. España. Paraninfo.
- Mason, J. W. (1975). **A Historical View Of The Stress Field**. Journal of Human Stres
- Matarazzo, J.D. (1982). **Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology**. American Psychologist. 37, 1-4
- Mechanic D. (1962). **The concept of illness behavior**. J. Chron. Dis; 15: 189-194.
- Michelson, Larry. (1991). **Future Perspectives in Behavior Therapy**. New York. Plenum Press. p 3-4

- O'Leary, A. (1993). **Self-efficacy and healath**: Behavioral and stress-physiological mediation. New York. Willey.
- O'Leary, A. (1988). A cognitive-behavioral tretment of rheumatoid arthritis. New York. Willey.
- Penso G, Caualda S. (1988). **Medicina Psicosomática: Aportaciones de la psicología conductual a la medicina**. Barcelona. ed. Doyma. p 13
- Pervin, L. John, O. (1999). **Personalidad Teoría e Investigación**. México. Manual Moderno.
- Phares Jerry J. E. (1999). **Psicología Clínica: Conceptos Métodos y Practicas**. México. Manual Moderno.
- Pomerleau, O. F. y Brady, J. P. (eds.) (1979). **Behavioral Medicine: Theory and Practice**. Baltimore. Williams y Wilkins.
- Pritchard, Petear. (1985). **Manual de Atención Primaria de Salud**. Madrid. Díaz Santos.
- Ramírez, Marisela, Cortés, E. (2003) Evaluación de requerimientos de salud integral en la población mexicana. **Psicología y ciencia social**. En prensa.
- Reig, A. (1981). La psicología en el sistema sanitario. en: **M.A. Simón (Ed.) Manual de Psicología de la Salud**. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Rigol, A. (1991). **Enfermería de Salud Mental y psiquiátrica**. Barcelona. Salvat.
- Rodríguez-Marín, J. (1995). **Psicología Social de la Salud**. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.
- San Martín, H. (1979). **Ecología Humana y Salud: El hombre y su ambiente**. México. Prensa Medica Mexicana.
- San Martín, H. (1983). **Ecología Humana y Salud**. Prensa Médica Mexicana. México.
- San Martín, H. (1988). **Administración en Salud Pública. Teoría practica investigación**. México. Prensa Médica Mexicana.
- San Martín, H. (1989). **Economía de la Salud**. Madrid-México. Interamericana, Mc. Graw Hill.
- San Martín, H. (1992). **Tratado General de la Salud en las Sociedades Humanas**. México. La Prensa Médica Mexicana.

- Sarafino, E. (1990). **Health Psychology: Biopsychosocial Interactions**. Nueva York. John Wiley.
- Schneider, Pierre Bearnard. (1974). **Psic. Aplicada a la practica médica, Manual para la comprensión y conducción psicológica del enfermo**. Buenos Aires. Paidós.
- Schneider, J. (1987). **The role of perceived self-efficacy in recovery from bulimia**. In press.
- Schwartz, G.A. (1978a y 1978b). en: Simón M.A. (Ed.) **Manual de Psicología de la Salud**. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Simón, M.A. (1993). **Psicología de la Salud. Aplicaciones Clínicas y Estrategias de Intervención**. Madrid. Pirámide.
- Simón, M. A. (1999). **Manual de Psicología de la Salud: Fundamentos, Metodología y Aplicaciones** Madrid: Biblioteca Nueva.
- Stone G. (1990). An International review of the emergence and development of health psychology. **Health Psychology**. 4, 3-17
- Schunk, D. & Cox, P. (1986). Strategy training and attributional feedback with learning disabled students. *Journal of Educational Psychology*.
- Valdés, M. De Flores, T. (1985). **Psicología del estrés**. Barcelona. Martínez Roca.
- Vega F, L. (2000). **La salud en el Nuevo Concepto de la Salud Pública**. México. Manual Moderno.
- Weiss, S.M. (1978a y 1978b) en: Simón, M. A. (Ed.) **Manual de Psicología de la Salud**. Madrid. Biblioteca Nueva.
- Wrubel, J. Benner, P. y Lazarus R. S. (1981). Social Competence from the perspective of stress and coping; en: J. Wine y M, Syme (Eds) **Social Competence**. New York. Guilford