

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Unidad de Posgrado de Psicología



PROCESO DE ADMISIÓN

**SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
PSICOLOGÍA DE LA CLÍNICA
Y DE LA SALUD**

**LECTURAS PARA LA EVALUACIÓN
DE CONOCIMIENTOS**



Capítulo Uno

Introducción a la psicología de la salud

Mabel Labiano

Universidad Nacional de San Luis, Argentina

Concepto de salud

La salud, entendida en sentido amplio como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo.

Desde el punto de vista subjetivo, está relacionada con un sentimiento de bienestar. Los aspectos objetivos de la misma tienen relación con la capacidad de funcionamiento de la persona.

Es el sustrato básico para la autorrealización del ser humano; un recurso para la vida (Gil Rodríguez, León Rubio y Jarana Expósito, 1995).

Según Brenner y Wrubel (1989) el bienestar, como sentimiento subjetivo, es el resultado de experimentar salud o autopercepción que nuestro organismo funciona de manera congruente e integrada.

Nuestro bienestar biológico, mental y social no es un mero accidente en nuestra vida, ni un premio o castigo que nos cae del cielo, sino que se corresponde con situaciones ecológicas, económicas y sociales bien precisas, que nosotros mismos, a través de nuestra historia, hemos provocado (San Martín, 1982).

Dubos (1975) sostiene que la salud es "el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de ese medio".

En el concepto de salud están implicadas las distintas partes de nuestro sistema, constructo que está relacionado con la interconexión e integración de múltiples niveles. Existe un principio psicofisiológico básico que Green y Green (1979) expresan: "Cada cambio en el estado fisiológico es acompañado por un cambio apropiado en el estado mental —emocional, consciente o inconsciente; e inversamente, cada cambio en el estado mental —emocional, consciente o inconsciente, es acompañado por un cambio apropiado en el estado fisiológico".

Constituimos una unidad como sistemas individuales y también en relación con el mundo que nos rodea, ya que formamos parte de una totalidad mayor que es el ambiente físico y

social, el planeta, el universo. A través de nuestro comportamiento interactuamos con el entorno, y este comportamiento está en función tanto de variables personales como ambientales, las cuales permanentemente interactúan y se condicionan entre sí.

La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante. Continuamente sufrimos alteraciones en nuestro medio interno, físico y psicológico, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas internos.

En el presente ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

En estos últimos años se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud y de la enfermedad. El modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. El paradigma actual en este campo señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de nuestros hábitos de vida.

Ello significa que las creencias y actitudes, los hábitos cotidianos, en definitiva, nuestro comportamiento, constituye aspectos centrales de esta problemática humana.

Las conductas saludables, que implican acciones cognitivo-emocionales orientadas a manejar adaptativamente el estrés cotidiano, incluyen, entre otras, una alimentación basada en nutrientes naturales y equilibrada en sus componentes; contacto con la naturaleza; beber alcohol moderadamente o no hacerlo; ejercicio físico regular; respirar aire oxigenado, es decir, evitar ambientes contaminados; dormir 7-8 horas diarias; realizar controles médicos preventivos, cumplir con las prescripciones médicas, etcétera.

El objetivo de todo ello es incrementar la vitalidad para favorecer un mejor nivel de funcionamiento psicobiológico y, a la vez, hacer más lento el envejecimiento biológico.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1983) ha emitido las siguientes recomendaciones para el ámbito sanitario:

- Promover la responsabilidad individual por medio del fomento de la autonomía personal.
- Destacar los aspectos saludables de la vida y de las personas, en lugar de fijar la óptica en la enfermedad.
- Favorecer la comunicación interprofesional en el abordaje de los problemas sanitarios.
- Estimular la participación de la comunidad en los problemas sanitarios.

Esta nueva perspectiva implica desarrollar nuevas estrategias de comunicación, es decir, crear nuevas pautas interpersonales que aseguren la bidireccionalidad de la comunicación (profesional-usuario).

El paciente tiene que transformarse en "agente de salud" mediante la creación de conductas participativas en el cuidado de la salud; mantener una actitud de autovigilancia (Gil Rodríguez, León Rubio y Jarana Expósito, 1995).

Muchas de las enfermedades crónicas son el resultado de la acumulación de conductas no saludables y condiciones ambientales perjudiciales. De tal manera, los cuidados médicos no pueden sustituir los hábitos y las condiciones ambientales saludables. El mantenimiento de conductas saludables constituye una medicina esencial.

La psicología actual ha evolucionado desde la enfermedad y la disfunción hacia un enfoque centrado en la salud humana, en el funcionamiento positivo. Se hace hincapié en la importancia de desarrollar potencialidades y reforzar aspectos emocionales positivos de las personas.

En los últimos años han cobrado especial relevancia los aspectos preventivos de las enfermedades, en gran parte por razones económicas.

Igualmente, se ha acrecentado el interés por encontrar estrategias para sobrellevar ciertas enfermedades crónicas, como controlar el dolor, con el cual, muchas veces, hay que

convivir; formas para evitar el absentismo laboral e incrementar la productividad del trabajador y, en general, cómo mejorar integralmente la calidad de vida de las personas.

Los estudios epidemiológicos indican que los gastos relativos a cuidados médicos tienen poca influencia en la expectativa de vida. La medicina preventiva y los programas de inmunización han incrementado la esperanza de vida de la población. Sin embargo, la muerte prematura está ampliamente determinada por el estilo de vida, los hábitos y las condiciones ambientales perjudiciales evitables (Bandura, 1997).

Una multiplicidad de factores, tales como el descontrol emocional, o un control e inhibición emocional excesivos, ciertos hábitos nutricionales inadecuados, predisponen a enfermedades cardiovasculares; hábitos como fumar, asociados fuertemente con el cáncer, enfermedades respiratorias y cardíacas; el consumo de alcohol y drogas, que afecta diversos sistemas del cuerpo; la carencia de habilidades interpersonales y de comunicación, predisponen a padecer alteraciones en distintos sistemas biológicos.

Paradigmas en salud (basado en Hill & Smith, 1985)

Paradigma tradicional	Típico	Paradigma emergente
Es una máquina	cuerpo	Es un sistema dinámico en un contexto determinado interrelacionado
Cuerpo y mente están separados	cuerpo-mente	La mente es un factor principal
La mente es un factor secundario	mente	La mente es un factor principal
La enfermedad es una entidad	enfermedad	La enfermedad es un proceso
Dolor y enfermedad son totalmente negativos		Dolor y enfermedad son informaciones sobre conflicto y desarmonía
Especialización	diagnóstico	Integración del paciente en su totalidad
Dependencia de datos cuantitativos		Dependencia de información subjetiva y objetiva
Eliminación de síntomas	tratamiento	Centrado en el bienestar
Tratamiento de síntomas		Búsqueda de modelos casuales y tratamiento de síntomas
Intervención basada en medicamentos y cirugía		Intervenciones mínimas con tecnologías apropiadas: técnicas no invasivas (dieta, ejercicio)
El efecto placebo muestra el poder de la sugestión	placebo	El efecto placebo muestra el papel de la mente en la enfermedad y en la curación
Descanso, vitaminas, inmunización, no fumar, ambiente	prevención	Tiene en cuenta la totalidad. Cuerpo-mente, trabajo, relaciones, metas, espíritu
Emocionalmente neutro	profesional	La afectividad es un componente fundamental de la curación
El paciente es dependiente y el profesional una autoridad		El paciente es autónomo y el profesional un socio

Variables independientes en salud

Según el modelo interactivo de conducta saludable de Heiby y Carlson (1986), se pueden distinguir tres tipos de variables independientes:

1. Las situacionales, tales como el apoyo social que se recibe de otros, modelos sociales a los cuales el individuo está expuesto, evaluaciones externas, etc., son factores que ayudan a acrecentar o suprimir conductas saludables.
2. Las personales tales como creencias, percepciones, expectativas, motivaciones, etc., que, en última instancia, son las que juegan el papel decisivo en la adopción y mantenimiento de pautas saludables.
3. Las consecuencias anticipadas de las conductas saludables con relación a los costos y beneficios percibidos también son elementos importantes, diferentes de las contingencias de refuerzo o castigo del momento presente (Carlson, Harrigan y Seeley, 1997).

La percepción subjetiva respecto de la probabilidad de padecer ciertos síntomas o una determinada enfermedad (grado de vulnerabilidad percibida) incide en las conductas saludables a adoptar y mantener. También, la percepción anticipada que el individuo tenga acerca de las consecuencias positivas (o refuerzo) a experimentar como resultado de sus prácticas saludables, constituye un importante regulador de sus elecciones presentes. Ejemplo: Ángel fuma permanentemente en su oficina, a pesar de haber sido operado de un tumor cerebral. Está convencido que "de algo hay que morirse", que no tiene sentido abandonar ese hábito porque inevitablemente "todos vamos a terminar muriéndonos de algo", por tanto, no percibe ninguna ganancia en suprimir esta práctica. Esta creencia le ayuda a defender y justificar su conducta autodestructiva.

La persona tiene que percibir una relación significativa entre su comportamiento específico y los síntomas que experimenta, reconocer una relación causa-efecto evidente para modificar su conducta patogénica y reemplazarla por otros comportamientos más protectores y adaptativos. De lo contrario, la persona mantendrá sus pautas perjudiciales ya que no percibe el riesgo potencial de las mismas. Ejemplo: Pedro fuma una caja de cigarrillos al día y aún no percibe síntomas limitantes; su vida es sedentaria y sin mayores exigencias físicas. Ante situaciones de estrés cotidiano, incrementa el consumo de cigarrillos porque siente que ese comportamiento "lo tranquiliza".

Por su parte, José tiene cuarenta y siete años; en el presente, no experimenta señales ni síntomas significativos, pero sabe que ha sufrido de hipertensión; no realiza controles médicos periódicos y su estilo de vida no está acorde con las prescripciones médicas recibidas. Parece ignorar el riesgo potencial de su conducta, la cual tiene una gran probabilidad de favorecer procesos de enfermedad.

Si el individuo percibe que el costo del cambio de conductas es muy alto y el beneficio a corto y/o largo plazos es escaso, la modificación de sus pautas de comportamiento será temporal; el cambio no se estabilizará en el tiempo.

Factores emocionales y cognitivos pueden determinar conductas saludables o depredatorias. Un alto grado de estrés emocional puede paralizar la iniciativa de la persona para llevar a cabo comportamientos convenientes. Por el contrario, si el estrés experimentado es alto, el individuo es proclive a adoptar conductas patogénicas.

Las creencias y pensamientos pueden diferir, en gran medida, de la percepción médica objetiva (Leventhal, Nerenz y Steele, 1984). Ejemplo: el médico le manifiesta a José que él está en una situación límite, que es necesario que cambie el estilo de comportamientos que ha llevado hasta ahora; de lo contrario, su vida corre serios riesgos. Pero el sistema de creencias de José no le permite asimilar esta información; está convencido que su accidente cerebrovascular se debió sólo al mal momento que pasó y que si evita este tipo de situaciones puede seguir su vida como antes. José ha focalizado sólo un factor importante o desencadenante de la situación problema y no percibe el contexto más amplio en el que surge su alteración.

Relación mente-cuerpo

Las concepciones acerca de la relación mente-cuerpo han cambiado con el tiempo y en las diferentes culturas. Los antiguos griegos entendían que ambos elementos configuraban una totalidad y se condicionaban recíprocamente. Platón decía: "Así como no se debería intentar curar los ojos sin la cabeza, o la cabeza sin el cuerpo, no se debería intentar curar el cuerpo sin el alma. . . la parte nunca estará bien a menos que la totalidad esté bien" (citado por Lipowski, 1986).

Hipócrates (400-300 a. C.) creía que la salud era un estado de armonía y de equilibrio, relacionado con el respeto a leyes naturales, y que lo que afectaba a la mente también afectaba al cuerpo. El equilibrio de los cuatro humores vitales era fundamental para mantener la salud: la sangre estaba relacionada con el corazón; la bilis amarilla, con el hígado; la bilis negra, con el bazo; la flema, con el cerebro. Cuando un fluido dominaba a la personalidad, se asociaba con un estado característico de la mente. Estos conceptos han quedado incorporados al vocabulario actual. Hipócrates también destacó la influencia del agua, del aire y del lugar sobre el equilibrio de los humores (Locke y Colligan, 1991).

Galeno (139-200 d. C.) desarrolló la teoría de los humores de Hipócrates. Los griegos afirmaron que las emociones o las pasiones no sólo podían afectar el funcionamiento del cuerpo sino que también podían provocar enfermedades.

Los chinos también concebían la enfermedad como una ruptura de fuerzas naturales, como un desequilibrio de energías, influido por las emociones y los comportamientos. Aun en el presente mantienen esta creencia, basada sobre la idea de una energía primordial que es necesario regular y cuidar para mantener la vida.

En la Edad Media se adoptó un enfoque espiritualista. La práctica médica estaba bajo el control de la Iglesia católica, a tal punto que en el siglo XII ésta dictó una norma en la que se prohibía a los sacerdotes el ejercicio de la medicina para que se dedicaran a sus tareas religiosas propias de su ministerio. La enfermedad se percibía como la consecuencia del pecado, de la violación de la ley divina; la curación, como obra de la fe y el arrepentimiento del pecado.

Durante el Renacimiento se retomó la idea de la enfermedad en términos naturalistas. Se produjo un desarrollo importante de prácticas y estudios científicos. Fue en esta época cuando surgió la base filosófica del modelo biomédico, el cual se impondría, durante trescientos años, hasta nuestros días.

El modelo biomédico

Dos ideas básicas sustentan este modelo (Engel, 1977):

1. El dualismo mente-cuerpo, que implica que el cuerpo pertenece a una dimensión física y la mente forma parte del dominio espiritual. Cada uno constituye una dimensión diferente y separada.
2. El reduccionismo, que sostiene que el proceso de la enfermedad se limita a una serie de reacciones físicas y químicas, por lo cual los factores emocionales y de comportamiento son considerados como aspectos ajenos a él. Así, por ejemplo, un cáncer es una proliferación incontrolada de células; un infarto cardíaco es simplemente una lesión isquémica que provoca la lesión del músculo cardíaco. Cada proceso patológico es independiente de los estados emocionales del individuo y de su comportamiento.

Este modelo dualista, pergeñado en el siglo XVII por el filósofo René Descartes (1596-1650), permitió a la Iglesia mantener el dominio espiritual y dejó a la ciencia el dominio del mundo físico (Cassel, 1982). El cuerpo se concebía como una máquina gobernada por principios biomecánicos. Esta perspectiva filosófica orientó al conocimiento científico

hacia el reduccionismo y, en el campo de la salud, se limitó a la comprensión de los procesos biológicos y bioquímicos.

Otra concepción reduccionista fue la teoría de la etiología específica del germen, la cual sostenía que la enfermedad era producida por un microorganismo identificable, principio cuya validez fue demostrada por Pasteur.

También Koch (1843-1910), quien fue un fuerte defensor de la teoría de la etiología específica, resolvió el misterio del ciclo del ántrax (una enfermedad mortal para el ganado). Además, aisló el bacilo de la tuberculosis y desarrolló una vacuna contra la difteria.

Por su parte, Pasteur (1822-1895), contemporáneo de Koch, encontró una cura para el ántrax; descubrió una forma de tratamiento de la rabia en humanos e impulsó la investigación basada en este paradigma del germen. Pasteur fue el fundador de la teoría bacteriológica de la enfermedad, pero reconoció que el microbio tiene una importancia relativa y el terreno es lo principal (es decir: el contexto biológico de la persona). Por ello expresó: "Bernard tenía razón, la bacteria no es nada, el terreno lo es todo". [Claude Bernard (1813-1878) en la segunda mitad del siglo XIX, habló del medio interno, sugiriendo que la estabilidad de éste era esencial para la salud.]

Este modelo científico permitió desarrollar una serie de descubrimientos: la insulina, las sulfas y los antibióticos, entre otros, lo cual demostró que esta teoría simplista y unidimensional era útil y operativa. Las enfermedades infecciosas, que tantas muertes ocasionaban, quedaron aparentemente vencidas.

A principios del siglo XIX, en la medida en que la medicina incrementó su nivel de tecnificación, también se produjo un proceso de despersonalización, de distanciamiento entre el médico y el paciente. Así, se institucionalizaron prácticas deshumanizadoras en las relaciones médico-paciente.

El contacto corporal directo entre ambos extremos de esta relación se redujo, y fue reemplazado por una tecnología cada vez más compleja, fortaleciéndose la idea de que el paciente sólo era un objeto de estudio que quedaba, muchas veces, reducido a un conjunto de datos.

La quintaesencia del pensamiento reduccionista se encuentra, a menudo, en el desarrollo de la genética, ya que muchos científicos creen que en ésta se encuentran las causas de la mayoría de las alteraciones y enfermedades (Bakal, 1996) y por tanto, en su manipulación, la esperanza de las curaciones. Se olvida así que las enfermedades se desarrollan básicamente en función de comportamientos e interacciones organismo-ambiente.

Son las medidas psicológicas y conductuales las que equilibran las evaluaciones biológicas. Por ejemplo, el índice de eritrosedimentación como variable clínica —relativa al grado de inflamación de las articulaciones— no es más válido para un paciente artrítico, que lo que él siente y el nivel de funcionalidad que pueda mantener en su vida (Kaplan, 1990).

De acuerdo con Bakal (1996), la psiquiatría biológica representa otro ejemplo de reduccionismo, pues se basa en la premisa de que las alteraciones emocionales están originadas en alteraciones de neurotransmisores y pretende manejarlas sólo en términos bioquímicos, sin considerar las interacciones consigo mismo y con los demás, lo cual implica el rechazo de una visión holística e integrativa.

El modelo biomédico ha logrado grandes éxitos en el campo de la medicina, pero es insuficiente y limitado pues no da respuesta a muchas problemáticas de los procesos de salud-enfermedad, por ejemplo, a las enfermedades crónicas, el dolor crónico y el manejo del estrés cotidiano.

Como señalan Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez y Pérez Álvarez (1998) este modelo contiene una serie de puntos críticos, entre los que pueden destacarse:

- El criterio fundamental de enfermedad es la presencia de anormalidades bioquímicas, las cuales son condiciones necesarias pero no suficientes para un diagnóstico, ya que se pasan por alto reacciones cognitivo-emocionales básicas, por ejemplo, en la elevación ocasional de la presión arterial, en contexto clínico (la llamada hipertensión de

delantal blanco), en las náuseas anticipadas que siente el paciente de quimioterapia, antes de recibir el tratamiento o las fuerzas emocionales que exacerban la hiperreacción a los antígenos en el asmático.

- El diagnóstico depende, en gran medida, de la información que proporciona el paciente. Aunque el examen físico y los resultados de los análisis de laboratorio son definitivos para identificar la enfermedad, el proceso diagnóstico depende de lo que el paciente sea capaz de comunicar al profesional de la salud. La capacidad de comunicación de ambos es un aspecto decisivo para comprender los síntomas que manifiesta el afectado.
- El modelo biomédico desestima la influencia de determinadas situaciones vitales en el estado de salud de los individuos. No sólo hay que considerar el grado de susceptibilidad biológica de la persona sino también los eventos vitales que ésta sufre a lo largo de su vida y cómo los afronta.
- Los factores psicológicos y sociales son determinantes para definir cuándo una persona está enferma, pues pueden estimular la búsqueda o no de ayuda profesional o a seguir o no las prescripciones indicadas.
- El modelo biomédico puede fracasar en el momento de determinar la recuperación de la salud después de la enfermedad. Por ejemplo, un herpes zoster puede haber desaparecido pero la persona continúa experimentando dolor, con posterioridad a la aparente curación; una pierna amputada, aunque ya no existe, puede continuar produciendo dolor en virtud de procesos neurocerebrales.
- El modelo pasa por alto la importancia que tiene, en los resultados del tratamiento, la relación médico-paciente. Hasta los efectos de los medicamentos dependen de la calidad de esta relación. La perspectiva biomédica hace hincapié en los medicamentos, en la tecnología, en los resultados de los análisis clínicos, en desmedro de las actitudes y los comportamientos, tanto del profesional de la salud como del paciente.

Surgimiento del psicoanálisis y de la medicina psicosomática

El concepto de psicogénesis resurge con las aportaciones del fisiólogo Claude Bernard que, en su teoría del medio interior del cuerpo, sostiene que éste siempre tiende a mantener el equilibrio, cuya perturbación trae aparejada la enfermedad y la muerte. Este investigador reafirmó la idea de la importancia de los factores psicológicos en las alteraciones físicas.

También Freud (1856-1939) revaloriza la influencia de la mente en la enfermedad. En su teoría acerca de las emociones, afirma que las que no se expresan en palabras o acciones se traducen en alteraciones físicas, postulado que subyace a sus estudios clásicos de la histeria de conversión.

Freud elabora la primera formulación teórica sobre la alteración psicosomática. La teoría psicoanalítica sostiene que los impulsos inaceptables y prohibidos eran reprimidos y buscaban formas alternativas de descarga. Además, dichos impulsos, expresados a un nivel somático, tenían un significado simbólico relacionado con el evento psíquico. El histérico desplazaría la experiencia dolorosa al inconsciente y luego, la reacción retornaría en forma de algún problema físico.

En los treinta, la medicina psicosomática resurgió, en parte, debido al desarrollo del psicoanálisis, y por otra parte, al surgimiento de conceptos holísticos como el de psicobiología de Meyer (1866-1950), que proponía que el ser humano debía ser estudiado en su totalidad, tanto en la salud como en la enfermedad, mediante la integración de cuerpo y mente (Meyer, 1957).

Por su parte, Graham (1958 a 1972) afirmó que la evaluación de las actitudes hacia la vida permitiría predecir el tipo de enfermedad psicosomática. Este investigador estudió las actitudes de los individuos antes de la aparición de los síntomas y cuando éstos empeoraban. Su planteo teórico no ha podido comprobarse.

Alexander (1950) sostenía la noción de que enfermedades específicas estaban asociadas con conflictos nucleares específicos. Esta teoría es dominante en el enfoque psicosomático hasta los sesenta. Además, afirmaba que, por ejemplo, la cólera reprimida constituye el conflicto subyacente a la hipertensión; que un sentimiento inconsciente de hostilidad está ligado a trastornos cardiovasculares, en general; que necesidades inconscientes de dependencia están asociadas con alteraciones gastrointestinales (úlceras, por ejemplo) y a alteraciones respiratorias (tales como el asma).

Esta teoría dio una explicación lineal y simple a las alteraciones fisiológicas, por lo cual actualmente no es aceptada (Gatchel, 1993), aunque aún siguen vigentes algunas de sus ideas con relación a emociones específicas asociadas con los trastornos hipertensivos, tales como la cólera reprimida y la hostilidad.

La medicina psicosomática, que se desarrolló con base en la creencia de que los factores psicológicos y sociales son importantes en la etiología, desarrollo y tratamiento de la enfermedad, surgió para dar respuesta a las afecciones que no tenían cabida dentro del modelo médico tradicional. El psicoanálisis jugó un papel importante en el reconocimiento de los factores psicológicos en la enfermedad, pues elaboró un enfoque psicobiológico más integrativo. Alexander (1950) señaló entre las enfermedades psicosomáticas más importantes: el asma, la neurodermatitis, la úlcera del duodeno, la colitis ulcerosa, la artritis reumatoide, la hipertensión arterial esencial y la diabetes.

A finales de los cincuenta el campo de la psicosomática sufrió una crisis debido a la reacción contraria al enfoque psicoanalítico. Esta perspectiva se dejó de lado debido a su debilidad metodológica, a las limitaciones de los datos clínicos sobre los cuales se desarrolló y a sus razonamientos teóricos circulares, así como a sus sobregeneralizaciones para explicar las alteraciones clínicas.

A partir de 1965 se produce un cambio definido en la orientación del enfoque psicosomático. Se elaboran metodologías y técnicas más eficaces para abordar estas alteraciones, cuyos objetivos eran: 1) estudiar factores psicológicos, biológicos y sociales en la homeostasis del ser humano; 2) una aproximación holística a la práctica de la medicina y 3) una relación con la práctica psiquiátrica de consulta-apoyo (Lipowski, 1977).

Wolff (1898-1962), que en 1953 publicó *Estrés y Enfermedad*, trabajo con el cual colaboró para salvar el campo de la psicosomática del descreimiento en que había caído, se adhirió al método científico y se centró en emociones conscientes más que inconscientes en las alteraciones somáticas, a diferencia de la perspectiva psicoanalítica dominante.

Se comenzó a usar el término *alteraciones psicofisiológicas* más que alteraciones psicosomáticas. (Aunque ambos son indistintos, el primero está más ligado al enfoque científico cognitivo-conductual.)

Una formulación más actualizada y rescatable, desde el punto de vista psicodinámico, la constituye el concepto de alexitimia, que pasamos a explicar.

Alexitimia

Este concepto, que se elaboró desde el campo psicodinámico y se aplicó a las alteraciones llamadas psicosomáticas, tiene implicaciones importantes con relación a la problemática mente-cuerpo.

Etimológicamente, el vocablo significa "sin palabras para los afectos". Sifneos (1967, 1973) definió a la alexitimia como la incapacidad para identificar y expresar emociones.

De acuerdo con Nemiah (1976), la personalidad alexitímica se caracteriza por:

1. Incapacidad para describir los afectos verbalmente.
2. Falta significativa de fantasía.
3. Incapacidad para hacer cambios psicológicos significativos en el curso del tratamiento psicoterapéutico.

Se supone que este déficit emocional es el principal causante de las alteraciones psicósomáticas (Sivak y Wiater, 1997).

La incapacidad para reconocer afectos y expresarlos en palabras conduce a los individuos a focalizar y exagerar el componente somático, presente en toda experiencia emocional, lo cual podría explicar la tendencia hacia las quejas somáticas funcionales de los individuos alexitímicos y su incrementada susceptibilidad a la enfermedad física (Taylor, 1984).

De acuerdo con Kristal *et al.* (1988) se puede conceptualizar a este rasgo como una alteración de la personalidad en la cual se diferencian tres tipos de trastornos: cognitivos, afectivos y de las relaciones interpersonales. El primer tipo se refiere a un estilo de pensamiento operatorio, pragmático y detallista, dificultades para simbolizar y utilización de símbolos como signos.

El segundo tipo se refiere a la dificultad de verbalizar emociones y diferenciarlas de las sensaciones corporales y actuaciones impulsivas.

Y en lo que respecta al tercer tipo, las relaciones interpersonales, el trastorno implica, básicamente, una alteración de la empatía.

Desde una perspectiva neuropsicológica, la alexitimia podría implicar una desconexión límbico-neocortical, suposición que ha sido complementada con la hipótesis de una posible desconexión interhemisférica. Existen similitudes cognitivas entre los individuos que sufren de lesiones en el cuerpo calloso y los alexitímicos (Tenhouten, Hoop y cols., 1987). Como causa de este trastorno, se han indicado posibles alteraciones en los haces dopaminérgicos (Sifneos, 1988).

Sperry y su concepción holística del funcionamiento humano

Sperry (1987) ha reafirmado una concepción holística para comprender el funcionamiento mente-cuerpo. En la década de los setenta se realizaron importantes observaciones psicológicas, resultado de cortes cerebrales experimentales. Se sometió a sujetos que padecían crisis epilépticas graves a comisuromías o disecciones del cuerpo calloso y de otras comisuras del lóbulo frontal como última posibilidad para controlar dichas crisis. Así, a través de la cirugía se eliminaba toda posibilidad de comunicación entre los hemisferios del cerebro. Cada hemisferio funcionaba desconociendo los eventos cognitivos del hemisferio opuesto. Esta disociación podría presentarse también, funcionalmente, en individuos que, a pesar de tener su cerebro intacto, tienen experiencias de un hemisferio que están en conflicto con las del otro. Ejemplo: la madre que mientras castiga sonríe, o que cuando acaricia expresa palabras de odio. Estos mensajes contradictorios no pueden integrarse eficazmente ni en el cerebro emisor ni en el receptor y, si son reiterativos, pueden llevar a disociar el mundo interno de un niño.

Se comprobó que el hemisferio derecho, aunque se manifestaba deficiente en el habla, era capaz de leer y comprender. Además, su superioridad se puso de manifiesto en las tareas espaciales e imaginarias. Por su parte, la dominancia del izquierdo se manifiesta en el discurso, la comprensión del lenguaje, el movimiento organizado, el cálculo y el razonamiento aritmético. Habitualmente, ambos hemisferios trabajan en conjunto, es decir, constituyen una unidad.

De acuerdo con esta teoría, la conciencia es considerada factor causal del funcionamiento cerebral, pues ejerce un control de arriba hacia abajo. Las propiedades conscientes (pensamientos, sentimientos, actitudes, etc.) están determinadas por eventos neuronales (que se encuentran por debajo de la ejecución del control ascendente), pero son capaces de influir sobre los sucesos físicos que se encuentran por debajo de ellas.

Los valores morales, las motivaciones, los sentimientos, las creencias religiosas, etc., están en la cúspide de la jerarquía del control cerebral. La importancia del poder potencial de estas propiedades psíquicas emergentes puede observarse, empíricamente, en el caso de gente mayor de edad que tiene que seguir viviendo porque debe proteger y criar a sus nie-

tos, o en aquel paciente terminal que no termina nunca de morir y prolonga su agonía porque espera encontrarse con su hijo.

Estudios científicos sobre lesiones cerebrales y funciones cognitivas en individuos ancianos indican que los resultados de las imágenes cerebrales, obtenidas por resonancia magnética, no siempre reflejan el nivel real de funcionamiento del individuo. Fein *et al.* (1990) comprobaron que individuos de edad avanzada, con lesiones de importancia en la sustancia blanca profunda, presentaban un buen rendimiento cognitivo en pruebas de atención, memoria, razonamiento no verbal y lenguaje. Estos resultados confirman la teoría de Sperry acerca de que fuerzas psicológicas emergentes de la dimensión biológica ejercen control sobre la propia biología.

Modelo biopsicosocial

Este modelo, de gran aceptación en la actualidad, admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas, es decir, que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, pues intervienen tanto elementos de macroprocesos (tales como contexto social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, etc.) como otros de microprocesos (cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etcétera).

En el presente, se hace hincapié en la salud más que en la enfermedad. La salud se entiende como un proceso-estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno socioambiental.

"Tanto la cirugía como la farmacología son métodos ineficaces para encarar el reto (labores de tipo preventivo) que conlleva la nueva concepción de salud" (Becoña, Vázquez y Oblitas, 2000).

La teoría de los sistemas sirve de marco explicativo de este modelo. Los diferentes subsistemas (biológico, axiológico, cognitivo, afectivo, interpersonal, social, ambiente físico) están interrelacionados y los cambios en cualquiera de ellos afecta a la totalidad individual.

Los procesos de causalidad son múltiples y más circulares que lineales. La realidad es considerada como una red de procesos íntimamente interconectados.

De acuerdo con este modelo, se requiere una perspectiva amplia e integrativa para comprender las alteraciones y elaborar un diagnóstico. Las interacciones profesionales de la salud-paciente son fundamentales para lograr la adhesión de éste al tratamiento, lograr que la terapia sea eficaz y reducir el tiempo de recuperación de la enfermedad. La práctica médica debe integrar, de manera definitiva, las variables biológicas, psicológicas y socioambientales en cada una de las etapas del proceso terapéutico.

Este modelo enfoca la atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana, en la importancia de las variables del medio ambiente, tanto físico como social. Además, estimula la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, orientadas a crear un futuro más saludable, combinando la elección personal con la responsabilidad social.

De acuerdo con Stokols (1992), el concepto de promoción de la salud comprendería el papel de los individuos, grupos y organizaciones como agentes fundamentales para el desarrollo de prácticas y políticas de salud para mejorar el bienestar individual y colectivo. La prevención de la enfermedad se limitaría al ámbito clásico de la salud, destacando el papel que desempeñan los profesionales sanitarios y las administraciones públicas de la salud.

La prevención primaria hace referencia a las actividades encaminadas a impedir o disminuir la probabilidad de padecer una enfermedad, así como a proteger y promover la salud.

La prevención secundaria consiste en las acciones dirigidas a evitar la enfermedad, una vez que los síntomas ya se han anunciado, aunque el síndrome todavía no está instalado.

La prevención terciaria consiste en los procesos de tratamiento y rehabilitación cuando la sintomatología clínica ya está establecida.

Se calcula que la prevención primaria en relación con el hábito de fumar podría reducir alrededor de 20% la mortalidad por cáncer, así como de otras enfermedades que causan mortalidad prematura (Stachnick, Stoffelmayr y Hoppe, 1983).

McKeown (1971) estudió las causas del crecimiento poblacional durante los últimos años del siglo XIX y primeros del XX relacionado con la reducción de las tasas de mortalidad, principalmente en la infancia. Comprobó que las mejoras producidas en los niveles de salud en los últimos años no se debieron tanto a los avances terapéuticos y asistenciales, sino a las mejores condiciones laborales, económicas, nutricionales, de vivienda e higiene.

Terris (1985), que analizó las 10 primeras causas de mortalidad en Estados Unidos, llegó a la conclusión de que la forma más eficaz de reducir ésta es actuar sobre el medio ambiente, modificar comportamientos en los individuos y, en última instancia, realizar controles y exámenes médicos para detectar anticipadamente las enfermedades.

Así, las investigaciones actuales confirman la importancia de los factores psicosociales en la determinación de los procesos de salud o enfermedad.

Variables ambientales como condicionantes de la salud

De acuerdo con Soler Márquez y Abad Ros (2000), el nivel de desarrollo de una sociedad determina el peso relativo de las variables ambientales en la salud de los individuos.

En las sociedades latinoamericanas, un número significativo de enfermedades y muertes es causado por enfermedades infecciosas, por condiciones de vida carentes de higiene, por falta de control de aguas residuales, por alimentos sin control sanitario o por la falta de alimentos, carencia de condiciones laborales aceptables, alto índice de accidentes, diversos tipos de violencia, etcétera.

En los países más avanzados, el desarrollo tecnológico y urbanístico genera problemas cada vez más graves. Procesos de industrialización, utilización masiva de vehículos a motor, crecimiento urbano, evacuación de residuos industriales no depurados (radiactivos, químicos, etc.), contaminación abiótica atmosférica por humos industriales, calefacción, etc., son sólo algunos ejemplos. También lo son los daños provocados por otros agentes físicos, tales como el ruido ambiental, radiaciones electromagnéticas a las que estamos sometidos de forma constante, circunstancias que indican una actuación desfavorable del hombre sobre los ecosistemas en los que se desarrolla su vida.

Por otra parte, estos problemas también son comunes en las sociedades subdesarrolladas.

La alteración de los equilibrios naturales debida al crecimiento demográfico y al desarrollo industrial de los dos últimos siglos ha sido provocada por el consumo desmedido de recursos naturales (agua, combustibles fósiles, bosques, peces, etc.), como consecuencia de lo cual se ha producido una enorme cantidad de residuos de diversos tipos (urbanos, tóxicos, radiactivos, etc.) y contaminantes (gases de efecto invernadero, metales pesados, plaguicidas, etcétera).

Estas alteraciones del medio inciden muchas veces de forma directa sobre la salud humana e indirectamente a través del deterioro del ambiente.

Entre los problemas que se agravan y que representan nuevos riesgos para la salud de los seres humanos, afectando su calidad de vida, pueden mencionarse (Soler y Abad, 2000):

1. Lluvia ácida.
2. Disminución de la capa de ozono.

3. Calentamiento global del planeta por gases de efecto invernadero.
4. Destrucción de bosques y recursos genéticos; disminución de la biodiversidad.
5. Desertificación.
6. Cambios climáticos.

Otros (Rascio, 1996):

1. Explosión demográfica.
2. Polución del aire.
3. Residuos tóxicos.
4. Incendios.
5. Depleción íctica.
6. Enfermedades relacionadas con el ambiente.
7. Deficiente o ausente educación ambiental, simultánea a la patología humana del ecocidio.

Ambiente, salud y educación

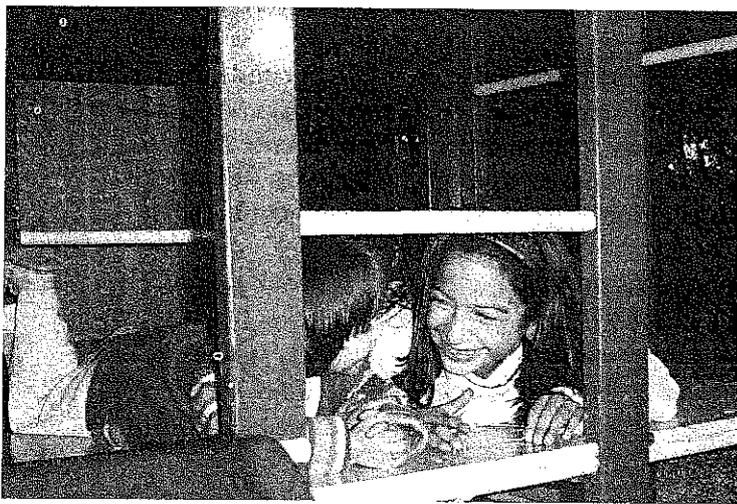
Los seres humanos nos construimos desde lo socioambiental, a partir de un mundo de significados compartidos. Necesitamos un medio social y ambiental concreto que nos brinde la posibilidad de desarrollarnos como tales. Si no tomamos conciencia de la importancia de proteger el ambiente y solucionar participativamente los problemas que éste padece, será difícil alcanzar un nivel de vida saludable.

La crisis ambiental del presente requiere tanto de la educación formal como de la no formal para el desarrollo de una conciencia ambiental. El deterioro del medio en que vivimos es expresión de un déficit ético: refleja una crisis moral.

Desde el punto de vista humano es necesario construir un nuevo tipo de relaciones entre el sistema social y el natural. En esta construcción tienen que darse nuevos aportes integrativos, en diferentes niveles: psicológico, social, técnico, económico y político.

Si los individuos tienen educación ambiental es más probable que sus comportamientos sean responsables y cuidadosos con respecto a su entorno, lo cual condicionará e influirá, a su vez, en las decisiones políticas, económicas y técnicas.

Es fundamental la comunicación entre los habitantes de una zona determinada para tomar conciencia de los problemas comunes, para que conozcan sus propios recursos y capacidades para afrontar los problemas, y planifiquen lo que quieren lograr.



Se impone una nueva concepción respecto al llamado "progreso", al desarrollo tecnológico, es decir, evaluar el efecto que las transformaciones del medio tienen, en el futuro inmediato y mediano, en el bienestar de los individuos. Cambiar la limitada concepción antropocéntrica, abandonando la idea de que somos "dueños del mundo".

Cualquier política educativa ambiental requiere del aporte interdisciplinario, pues debería ser el punto de enlace de diversas disciplinas y orientada a la experiencia directa de los alumnos.

Las acciones educativas y de capacitación ambiental deberían dirigirse a

toda la población y a los individuos responsables, a su vez, de educar y tomar decisiones (profesionales de diversas disciplinas). La capacitación de "personas clave" es fundamental.

La época actual demanda con urgencia un cambio de valores y una nueva ética en relación con el planeta. El establecimiento de relaciones hombre-naturaleza basado en la armonía y no en el sentido de dominio.

En la educación formal de valores ambientales se utilizan como estrategias fundamentales la técnica de clarificación de valores y procedimientos de modificación de conductas.

Surgimiento de la psicología de la salud

La psicología de la salud surgió a partir de una perspectiva sistémica e integrativa, con psicólogos pertenecientes a diferentes áreas psicológicas (figura 1.1).

Se reafirma la antigua idea de que el comportamiento es crucial para mantener la salud, o bien, para generar la enfermedad.

La Asociación Psicológica Americana crea en 1978, la *Health Psychology*, la división de la psicología de la salud, hacia la cual confluyen distintas disciplinas de la psicología para el surgimiento de esta nueva área: experimental, social, clínica, fisiológica, desarrollo de estudios epidemiológicos, etc. Al año siguiente de su creación, publicó el primer manual: *Health Psychology. A Handbook* (Stone, Cohen y Adler, 1979).

La primera revista de esta división de la APA se publicó en 1982: *Health Psychology*. El primer texto en Latinoamérica apareció recientemente, producido por autores hispanos y latinos (*Psicología de la Salud*, de Oblitas y Becoña, 2000).

Matarazzo (1980) define la **psicología de la salud** como: "la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud".

Como señalan Amigo Vázquez, Fernández Rodríguez y Pérez Álvarez (1998) en la definición se destacan cuatro aspectos:

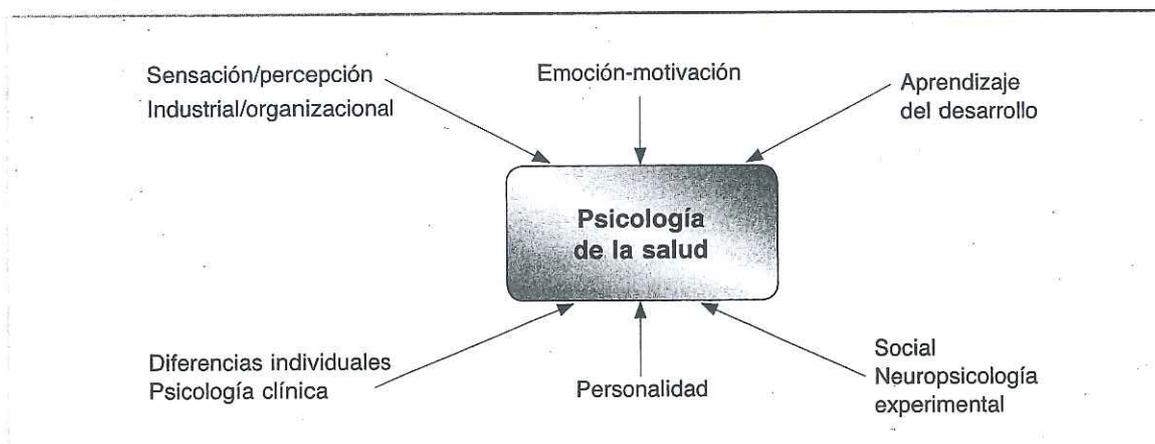


Figura 1.1 Diversos aportes a la psicología de la salud (Donker, 1991).

1. Promoción y mantenimiento de la salud (a través de una mejor nutrición, práctica regular de ejercicio físico, aprendizaje de resolución de problemas, desarrollo de habilidades sociales, etcétera).
2. Prevención y tratamiento de la enfermedad (a través de la modificación de hábitos insanos tales como el cigarrillo y el abuso del alcohol, aprendizaje de nuevos estilos de vida para superar una determinada enfermedad, etcétera).
3. Estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones (estudios retrospectivos y longitudinales que esclarecen las causas de la salud o de la enfermedad).
4. Estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de salud (efecto del sistema sanitario en el comportamiento de la población; recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud).

La psicología de la salud está centrada en intervenciones a nivel individual, de profesionales de la salud y de la organización sanitaria (por ejemplo, a través de programas de salud). Los diferentes tipos de intervenciones están dirigidas a:

1. Modificar actitudes, promoviendo y mejorando la salud.
2. Modificar procesos fisiológicos, previniendo y tratando la enfermedad.
3. Implementar campañas de educación dirigidas a la comunidad.
4. Mejorar el sistema sanitario a través de la creación de políticas sanitarias adecuadas.

A partir del surgimiento de esta nueva área psicológica teórico-práctica, se ha producido un desarrollo y crecimiento notables, a nivel de congresos, publicaciones, cursos, programas de posgrado, etc. Decididamente, la psicología actual se focaliza cada vez más en potenciar los aspectos saludables de las personas, abandonando los antiguos esquemas centrados en la patología individual.

Medicina comportamental

La **medicina comportamental** es un área muy cercana a la psicología de la salud. Birk (1973) es quien introduce el término, el cual nace asociado a los procedimientos de retroalimentación biológica.

Esta tecnología (de tipo electromiográfica, termal, de respuesta galvánica de la piel, de ondas cerebrales, etc.) fue, desde el inicio, el procedimiento central empleado por la medicina comportamental. También diversos procedimientos de relajación, técnicas respiratorias y de meditación, métodos de modificación de conducta y todo tipo de procedimientos de auto-control han sido utilizados en este campo.

La retroalimentación biológica demostró ser un instrumento útil para lograr control voluntario sobre varios sistemas fisiológicos, facilitando procesos de autorregulación. Fue impresionante en sus comienzos ya que puso en evidencia que el sistema nervioso autónomo era susceptible de ser modificado por influencia voluntaria. Esta técnica demostró ser de gran beneficio en la reducción de síntomas, lo cual evita la administración de drogas o medicamentos en el tratamiento de diversos trastornos psicofisiológicos tales como migraña, cefaleas tensionales, enfermedad de Raynaud, alteraciones neuromusculares, etcétera.

En 1974 se crearon los primeros centros de medicina conductual: *Center for Behavioral Medicine* de la Universidad de Pensilvania y el *Laboratory for the Study of Behavioral Medicine* de la Universidad de Stanford.

La delimitación conceptual entre medicina comportamental y psicología de la salud no ha sido muy precisa. Bakal la considera un apartado de esta última (Bakal, 1996).

Schwartz y Weiss (1978) la definieron como el "campo interdisciplinario dedicado al desarrollo e integración de la ciencia biomédica y conductual, al conocimiento y técnicas rele-

vantes para la comprensión de la salud y la enfermedad físicas, y la aplicación de esas técnicas y este conocimiento para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación".

Una de las diferencias entre ambos campos radica en que la psicología de la salud se concentra en la prevención, mientras que la medicina conductual está dirigida hacia la rehabilitación y tratamiento de la enfermedad.

Entre las causas del surgimiento y desarrollo de la medicina comportamental se encuentran:

1. El cambio en los patrones de morbilidad y mortalidad, con el control de las enfermedades infecciosas a través de los antibióticos, produciéndose más enfermedades funcionales.
2. Enfermedades crónicas propias de las sociedades industrializadas tales como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, dolores crónicos, las cuales surgen como producto del estilo de vida que mantienen los individuos.
3. El hecho de que, en igualdad de condiciones, algunas personas enferman y otras no.
4. El desarrollo alcanzado en las ciencias conductuales y en las sociales, así como el desarrollo de la epidemiología conductual.
5. El interés despertado por los temas de prevención de enfermedades, en parte, por los elevados costos médicos.
6. El desarrollo de la psicología médica agregó un enfoque de aplicación clínica de la que carecía la medicina psicosomática.
7. Los resultados de los estudios epidemiológicos y experimentales, los cuales han demostrado la importancia de los factores conductuales en los procesos de salud y enfermedad (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990).

Importancia de la psicología de la salud

El Informe Lalonde, del Ministerio Nacional de Salud y Bienestar de Canadá (1974), definió claramente las variables que determinan la salud o la enfermedad:

1. Biología humana (genética y envejecimiento).
2. Medio ambiente (contaminación física, química, biológica, aspectos psicológicos y socio-culturales).
3. Estilos de vida (conductas).
4. Sistema de asistencia sanitaria (calidad, cobertura o acceso, gratuidad).

Como puede observarse en la figura 1.2, el medio ambiente y el estilo de vida tienen una influencia relativa mucho mayor en la salud que la biología y el sistema sanitario. Sin embargo, a menudo, los gastos y recursos invertidos en este último —tal como está representado en la figura 1.3— son, proporcionalmente, muy superiores a la importancia que tiene en la determinación de la salud.

Lo que se invierte en controlar y mejorar el ambiente y el estilo de vida de las personas —en la mayoría de las sociedades, principalmente en las subdesarrolladas—, es aún muy inferior a la importancia relativa que tienen estos factores en el desarrollo y mantenimiento de la salud. En estas sociedades, la distribución de los fondos públicos en salud es escasa, y la situación se aproxima a lo representado en la última figura.

Con base en las 10 primeras causas de muerte, el *Center for Disease Control of Atlanta* concluyó que si se eliminan las del primer año de vida (edad en la que los factores biológicos son muy importantes como determinantes de la mortalidad en países desarrollados), la proporción de mortalidad determinada por el estilo de vida se acercaría a 50%.

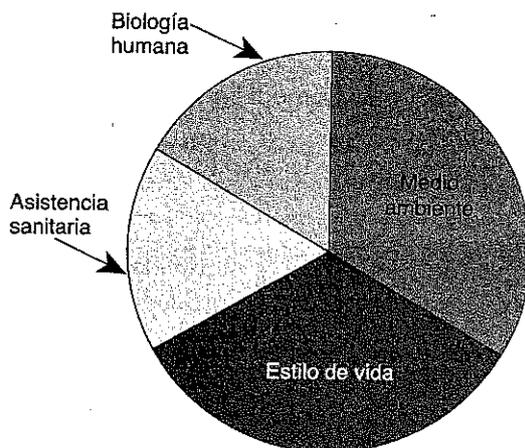


Figura 1.2 Factores determinantes de la salud (Informe Lalonde, Canadá, 1974).

El consumo de alcohol y tabaco, en conjunto, causa aproximadamente 30% de las muertes en Estados Unidos (*Centers for Disease Control*, 1991). El abuso de alcohol, además de estar implicado en el cáncer de hígado, causaría alrededor de 50% de los accidentes de tránsito (Amigo, Fernández y Pérez, 1998).

El Condado de Alameda, en California, demostró que había cinco comportamientos que estaban significativamente asociados con riesgo de muerte en los individuos de 30 a 69 años: consumo de cigarrillos, actividad física, consumo de alcohol, obesidad y número de horas de sueño (citado en Torío y García, 2000).

La investigación de Belloc (1973), durante la cual fueron entrevistados 7000 sujetos adultos acerca de sus hábitos de salud, tuvo un seguimiento de entre cinco años y medio y nueve

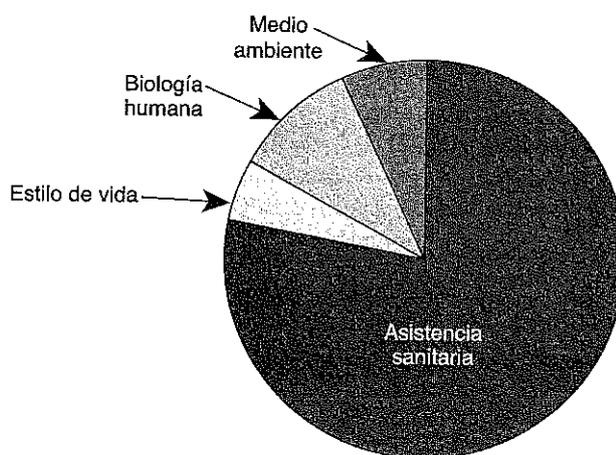


Figura 1.3 Proporciones relativas de fondos públicos (Informe Lalonde, Canadá, 1974).

años y medio, puso de manifiesto que siete hábitos estaban relacionados con una mejor salud: 1) dormir 7 u 8 horas; 2) desayunar diariamente; 3) no tomar alimentos entre las comidas nunca o casi nunca; 4) mantenerse con el peso adecuado a la altura; 5) no fumar; 6) tomar moderadamente alcohol o no tomar, y 7) practicar una actividad física regular.

Importancia de la formación de los psicólogos

La importancia creciente de esta área surge ante los datos epidemiológicos objetivos que indican claramente que en las causas principales de enfermedad y muerte está implicado el comportamiento inadecuado del ser humano.

La psicología del presente se orienta a mejorar la calidad de vida de las personas, a través de programas preventivos que favorezcan el autocontrol y la autorregulación física y psicológica así como a planificar acciones que intentan modificar la probabilidad de ocurrencia de procesos mórbidos.

El entrenamiento en orientación y cuidado de personas que tienen que sobrellevar enfermedades crónicas tales como las cardiovasculares, cáncer, respiratorias, diabetes, SIDA, son prioridades en salud que los psicólogos deben enfrentar en la actualidad.

La forma en que las emociones y las actitudes se relacionan con los procesos de salud y de enfermedad; qué factores conductuales de riesgo pueden identificarse para ciertas enfermedades; a través de qué acciones cognitivas y de comportamiento pueden afrontarse eficazmente situaciones estresantes de la vida cotidiana; cómo se puede convivir con una enfermedad crónica o con un enfermo crónico; cómo aprender a adaptarse a las exigencias inherentes de cada etapa de la vida; cómo afrontar el envejecimiento biológico, etc., son temas propios de la psicología de la salud.

Se coincide con Becoña, Vázquez y Oblitas (2000) que: "la psicología de la salud es el campo de mayor futuro de la psicología para las próximas décadas y, por tanto, donde hay que esperar que se produzca el mayor desarrollo, crecimiento y expansión de todas las ramas de la psicología, tanto a nivel teórico como formativo, investigador y, aún más importante, profesional".

De acuerdo con los mencionados autores, a continuación se presentan los lineamientos que caracterizarían el desarrollo y las aplicaciones de la psicología de la salud en el futuro inmediato.

1. *Incorporación del modelo conductual por parte de otros profesionales de la salud, con previa formación biológica para comprender, explicar y cambiar los comportamientos desadaptativos relacionados con la salud.*

Se considera que este modelo comportamental es de referencia obligada en toda acción preventiva primaria. Se prevé que las intervenciones comportamentales van a multiplicarse en el campo del cuidado de la salud física.

2. *Gran desarrollo de programas preventivos en enfermedades causadas por hábitos inadecuados.*

La prevención primaria será el procedimiento de elección para las tres "c": corazón, cáncer, carretera, responsables de la mayoría de las muertes.

3. *Necesidad de diferenciar el concepto de psicología de la salud de otros relacionados estrechamente con ésta, como el de medicina comportamental.*

4. *Delimitación en el campo práctico del modelo biopsicosocial.*

La asunción de una perspectiva interdisciplinaria, así como la contribución de los componentes biológicos, psicológicos, conductuales y socioambientales. El psicólogo se cen-

tra en los factores subjetivos y de comportamiento pero integra, comprensivamente, el resto de los componentes.

5. *Construcción de modelos explicativos de los distintos problemas en los que interviene la psicología de la salud desde una perspectiva interdisciplinaria (integrando conocimientos biológicos, psicológicos, conductuales y sociales) considerando el contexto cultural y sanitario en el cual se da la enfermedad.*

6. *Aplicación de procedimientos eficaces, de bajo costo.*

La aplicación de técnicas de intervención con una adecuada relación costo-eficacia se hace imprescindible para evitar los altos costos sanitarios sin mayores resultados en el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos. Es importante que se demuestre a través de estudios controlados la eficacia de ciertos procedimientos para que los dirigentes políticos, los estamentos administrativos y demás profesionales apoyen acciones programadas de psicología de la salud.

7. *Mejoramiento de las técnicas disponibles, evaluación adecuada de las existentes y desarrollo de nuevos procedimientos de intervención.*

A medida que surjan nuevas necesidades se hará necesario crear nuevas técnicas de intervención y elaborar procedimientos científicos para evaluarlas.

El desarrollo de las técnicas de modificación de conducta ha permitido que éstas se apliquen eficazmente a alteraciones que antes eran de exclusivo campo de la medicina. Así, en la actualidad se aplican técnicas de comportamiento a pacientes hipertensos, asmáticos, diabéticos, con SIDA, cáncer, etc. Aunque todavía se está en una etapa exploratoria, en lo que respecta a la selección de las técnicas más eficaces para cada tipo de trastorno, ya que las dificultades metodológicas son múltiples (problemas de muestreo, seguimiento de los sujetos, adherencia a las instrucciones, tareas, etc.) (Kazdin, 1994).

8. *Desarrollo de la psiconeuroinmunología.*

A partir de los trabajos pioneros de Ader y Cohen (1982) se pone en evidencia que el sistema inmunológico es susceptible de condicionamiento clásico, y que por aprendizaje asociativo dicho sistema puede ser reforzado o inhibido, tanto en animales como en seres humanos (Sovalson, Ghanta & Hiramoto, 1988).

La interacción estrecha entre los componentes psicológicos, el sistema nervioso y el sistema inmune tiene importantes derivaciones teóricas y prácticas (Freixa, 1991).

9. *Utilización de medios de comunicación masiva.*

A través de mensajes sencillos se pueden difundir por radio y televisión estrategias de autoayuda para un gran número de individuos. Especialmente, a través de la TV se pueden presentar modelos sociales atractivos que induzcan al cambio de actitudes y comportamientos no saludables. Se han aplicado con éxito programas de tratamiento para fumadores (García y Becoña, 1994).

10. *El desarrollo de estrategias preventivas para evitar recaídas después de alcanzar ciertos logros en la modificación de comportamientos.*

Particularmente, en los comportamientos adictivos, la prevención de recaídas y el mantenimiento de las modificaciones adaptativas logradas cobra especial importancia.

Ejemplo: el ex fumador que tiene que evitar ambientes donde inevitablemente estará expuesto a estímulos inductores del hábito de consumir tabaco. En el caso de alteraciones crónicas, como la hipertensión, en las que el individuo tiene que mantener un hábito regular de realizar ejercicio físico semanalmente, controlar sus reacciones emocionales explosivas, su alimentación, etcétera.

11. *Utilización saludable del tiempo libre.*

La práctica de actividades que potencien aspectos saludables, tanto físicos como psicológicos, dirigidas a realizar deportes, caminatas, juegos, fomentar la comunicación con personas cercanas, contacto con la naturaleza, etc., y que compensen actividades rutinarias del trabajo diario.

12. *Contribuir a crear conciencia en la población acerca de la importancia de nuestros comportamientos para determinar procesos saludables o de enfermedad.*

13. *Promover que agentes de gobierno, políticos, personal sanitario, docentes, periodistas, representantes de agrupaciones no gubernamentales, etc., actúen como modelos de conductas saludables.*

14. *Incremento de la asistencia a personas de edad avanzada y con SIDA.*

Al prolongarse la expectativa de vida se requerirá mayor cantidad de profesionales capacitados para orientar a personas mayores de edad, realización de programas para organizar el tiempo libre de éstas, etcétera.

Los hábitos, las conductas, la frecuencia de exposición a determinadas actividades de riesgo y la situación educacional y de medidas higiénicas, determinan las formas de presentación y de propagación de la epidemia (Ruiz Ortega, 2000).

Es fundamental identificar las formas de contagio más frecuentes de una determinada comunidad para poder implementar actividades preventivas apropiadas.

15. *El papel de la psicología de la salud será cada vez más importante en la planificación de acciones preventivas de salud, programas comunitarios, etcétera.*

16. *Los conocimientos de la psicología de la salud deberán integrarse a otras áreas de conocimiento, tales como sociología de la medicina, medicina preventiva, salud pública, Antropología de la medicina, etcétera.*

Los médicos y los profesionales de la salud tendrán que adquirir conocimientos conductuales básicos.

17. *Incremento de la investigación y las publicaciones en el campo de la psicología de la salud.*

En el mundo hispanoparlante, los trabajos en este campo aplicado de la psicología se han multiplicado en los últimos años.

18. *Considerar que todo cambio a introducir en el campo de la salud debe tener en cuenta los valores sociales y significados del grupo social que afecte. Es decir, reconocer que la identificación de necesidades implica juicios de valor.*

Las necesidades que identifica el profesional de la salud pueden ser diferentes a las experimentadas o percibidas por los individuos. Es importante, por ejemplo, identificar las creencias de los individuos cuando se quieren modificar comportamientos de riesgo.

19. *Surgimiento de nuevos problemas éticos.*

Estos problemas exigen nuevas soluciones con base en el contexto sociocultural, las pautas y valores de las personas implicadas.

20. *La psicología de la salud ofrece la posibilidad de mejorar el estilo de vida de las personas así como la calidad de la atención hospitalaria y de los servicios públicos, reduciendo los costos de la salud (Moscoso y Oblitas, 1994).*

Para concluir, se puede afirmar que este campo de la psicología aplicada es el que se manifiesta, en la actualidad, como el más promisorio y urgente, en cuanto a la necesidad de responder a las demandas sociales del momento y del futuro próximo.

Capítulo Veinte

La psicología de la salud: elementos teórico-metodológicos y temáticas de base

Luciano F.F. Peirone,* Elena Gerardi
y Elisabetta M. Chiusano

ANTHROPOS, Italia



Introducción

En la historia de la humanidad y de la ciencia, el comienzo de las décadas de 1970 y 1980 ha sido decisivo para el despegue de la psicología de la salud. Nacida de la fecunda convergencia entre orientaciones de diferente origen, la *health psychology* ha encontrado en el ámbito mundial una sucesiva afirmación, siempre más relevante con el pasar del tiempo. En el presente ensayo, se pretende ilustrar una reseña de las teorías, de los métodos y de las temáticas que constituyen la base de esta disciplina científica.¹

De manera obvia, se inicia con una conceptualización definidora, indispensable para introducir algunos de los elementos más significativos de orden teórico y metodológico (objetos, finalidades conocibles y aplicativas, corrientes disciplinares y ámbitos de competencia), y para enlistar las principales temáticas de base (problemáticas de fondo, áreas de investigación, sectores de intervención, técnicas operativas).

* ANTHROPOS. International Association for Health Research and Psychological Culture Development.
Via Don Giovanni Minzoni 8, 10121 Torino. Italy. E-mail: info@anthropos-web.it www.anthropos-web.it

¹ La literatura en psicología de la salud es inmensa, por lo que en el presente ensayo, junto con otras de reconocida fama internacional, en ocasiones se han preferido (por obvias razones de conocimiento directo) citas relacionadas con la situación italiana y también con las actividades de Anthropos. Por estas últimas, efectuadas en los años 1987-2006, se dan las gracias debidamente a todos los colaboradores (investigadores, profesionales, principiantes, voluntarios): a ellos y a su gran y responsable empeño se dedica este ensayo.

A partir del conjunto de las diferentes definiciones —que trazan un amplio panorama semántico—, se puede elaborar “una definición de fondo” que, con algunos matices, delinea la “esencia” de la psicología de la salud.

El significado de “salud” es redefinido por la World Health Organization (1978) a la luz de los desarrollos de la ciencia y de las nuevas realidades, tanto materiales como histórico-humano-sociales de la civilización postmoderna, poniendo en segundo plano el negativo y reductivo significado de “ausencia de enfermedad/malestar” y exaltando, en cambio, el positivo y más amplio de “presencia de salud/bienestar”, de esto deriva que *la salud es un estado de completo bienestar físico-mental-social* (Hogarth, 1975). Extendiendo la denotación hacia ulteriores horizontes (la sensibilidad, la subjetividad, la dimensión humano-social y, por tanto, la psicología), se llega a afirmar que *la salud es una condición de armónico equilibrio funcional-físico-psíquico del individuo dinámicamente integrado en su ambiente natural-social* (Seppilli, 1966). Respecto de la tradición, la innovación resulta decididamente revolucionaria: en el fondo, se retiran los elementos clínico-patológicos de cada uno de los individuos enfermos (es decir, *la sanidad del organismo fisiológico*), mientras que emergen en primer plano los elementos culturales de amplio aliento social (es decir, *la salud de la persona* con sus propias necesidades de eficiencia física, de equilibrio psíquico y de integración en la colectividad).

Si ésta es la salud, ¿qué es la psicología de la salud?

De acuerdo con la fundamental y fecunda conceptualización de Matarazzo (1980), la *health psychology* es el conjunto de las contribuciones específicas (científicas, profesionales, formativas) de la disciplina psicológica centradas en: 1) la promoción y el mantenimiento de la salud; 2) la prevención y el tratamiento de la enfermedad; 3) la identificación de las conexiones etiológicas y diagnósticas de la salud, de la enfermedad y de los trastornos asociados, y 4) el análisis y la mejora del sistema de curación de la salud y de elaboración de políticas de salud.

Los tres conceptos clave (“salud”, “psicología”, “psicología de la salud”) dan, por tanto, vida a una articulación extremadamente creativa y productiva en la que la literatura da testimonio del nivel de madurez logrado por la disciplina científica (Stone, Cohen y Adler, 1979; Giovannini, Ricci Bitti, Sarchielli y Speltini, 1982; Baum, Taylor y Singer, 1984; World Health Organization, 1987; Bertini, 1988a; Farnè, 1988; Maes, 1989; Mira Engo, 1990; Ribes, 1990; Peirone y Gerardi, 1991; Goreczny, 1995; Bacal, 1996; Bonino, 1998; Simon, 1999; Crossley, 2000; Curtis, 2000; Ogden, 2000; Oblitas, 2006a; Zani y Cicognani, 2000; Baum, Revenson y Singer, 2001; Brannon y Feist, 2001; Johnston y Johnston, 2001; Pietrantonio, 2001; Roberts, Towell y Golding, 2001; Cohen, McCharque y Collins, 2003; Oblitas, 2006b; Roales, 2004; Bruchon-Schweitzer, 2005).

Un *crossing-meeting point* entre varias disciplinas

La psicología de la salud se sitúa cual extraordinario lugar de encuentro: es el producto de una visión multidisciplinaria.

En ella confluyen, a variado título y con diferentes posibilidades de eficacia operativa: la psicología social (Spacapan y Oskamp, 1988; Stroebe y Stroebe, 1995), en particular como percepción/representación/construcción de la salud y de la enfermedad (Flick, 1992; Markova y Farr, 1995; Petrillo, 1996); la psicología de comunidad; la psicología del ciclo de vida; la psicología intertranscultural (Dasen, Berry y Sartorius, 1988); la psicología dinámica; la psicología de la personalidad; la psicología clínica; la medicina; la etología; las *behavioral sciences*; las ciencias humano-sociales; la sociología (Wilson, 1970; Ardigò, 1981; Donati, 1982) y, en especial, la teoría de la complejidad social (Donati, 1986); la antropología cultural; la semiótica; la economía; la politología; la ecología (Perussia, 1987); la arquitectura, la urbanística y la planificación socio-médico-territorial (F. Cavallo, 1983; Mammone, 1985; Audisio, 1986).



Tal mezcla conlleva, por una parte, una gran riqueza en materia de objetos de estudio/investigación y, por otra, una serie de problemas de encuentro/conflicto en materia de teorías-métodos. Las distintas mentalidades rinden la identidad de la psicología de la salud a veces incierta y, otras, extremadamente dinámica y fecunda.

De la psicología clínica a la psicología de la salud

Entre los diversos fenómenos derivados de la combinación intertransdisciplinal cabe mencionar lo que ha sucedido históricamente en los últimos decenios: un natural y lógico *desliz* de parte de los operadores concretos de la “salud mental”, con el progresivo pasaje de la limitada perspectiva del malestar a la amplia óptica del bienestar.

Como hace notar Bertini (1988b), se ha pasado de la psicología médica a la psicología de la salud. Con estrecha semejanza, se ha pasado de la sociología de la medicina a la sociología de la salud (Donati, 1983b). Se podría también decir que —en línea con los más adelantados desarrollos de la civilización occidental, la cual progresivamente se “desmaterializa” —, se ha pasado del extremo de la “materia” más hacia el extremo del “espíritu”. En otros términos, con la psicología de la salud siempre se hace más relevante el peso de las “Geisteswissenschaften” respecto de las “Naturwissenschaften”.

Primeramente casi imperceptible, después sabedor y siempre más marcado, este proceso de cambio en las *psychological help & cure professions* ha visto en particular el “movimiento” al interior de la imperante psicoterapia (acercamiento microscópico e hiper-especialista), con la consiguiente ampliación de perspectiva (nivel macro y multidisciplinal) generado por la psicología de la salud.

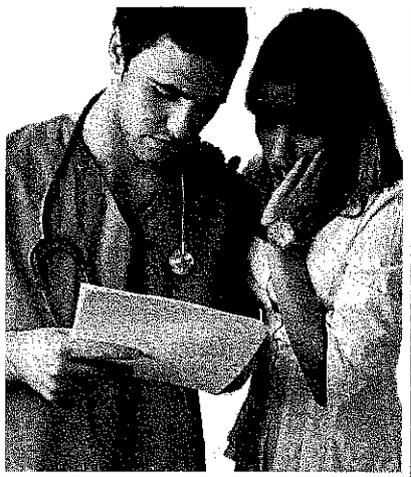
En este sentido, resulta significativo el concepto de “malestar”, más amplio y más esfumado respecto del concepto de “enfermedad”, lo cual lleva a una denotación/conotación diferente de la psicología clínica (De Coro, Grasso, Lombardo y Stampa, 1989), con la potente irrupción de la acción preventiva, favorecida, entre otras cosas, por una innovadora concepción “institucional” de la salud (Oblitas, 2004). En resumen, la conceptualización de la *health care* (Adams y Bromley, 1998) lleva a un nuevo significado de la expresión *clinical health psychology* (Millon, Green y Meagher, 1982; Belar y Deardorff, 1995; Bennett, 2000).

El problema, sobre todo para los investigadores y metodólogos, es, de una manera obvia, desarrollar la psicología de la salud sin negar la psicología clínica, redefiniendo sus respectivos límites.

Psicología clínica, psicología de la salud, psicología del malestar, psicología del bienestar: la confrontación lógico-metodológica

Ahora, estamos enfrente de la auténtica esencia de la *colocación-autonomización de la psicología de la salud respecto de la psicología clínica*. Se trata, como es obvio, de un problema de alta complejidad que requeriría un largo y laborioso tratado; en este lugar, sólo se quiere dar un esbozo de eso, a través de la presentación de tres configuraciones gráficas que, según el acercamiento modelista, pueden dar la “idea” formal de la solución.

Destacan dos diferencias que existen entre la psicología clínica y la psicología de la salud: los objetivos son distintos; por un lado, en función del tiempo y, por el otro, de la jerarquía. La psicología clínica es la “psicología para los enfermos”: para los que sufren y que quieren salir del sufrimiento, para los que tienen “malestar” y desean recobrar la “comodidad”. En cam-



La psicología clínica es la "psicología para los enfermos". En cambio, la psicología de la salud es la "psicología por los sanos".

bio, la psicología de la salud es la "psicología por los sanos": para los que están bien y desean estar mejor. La única coincidencia-semejanza entre ambas consiste en el fin último, entendido como bienestar.

Se subraya la imperfecta superposición-coincidencia, por un lado, entre psicología clínica y psicología del malestar y, por el otro, entre psicología de la salud y psicología del bienestar. El "mal" incluye la "clínica", la cual es más "pequeña" que el "mal". La "salud" abarca el "bien", el cual es más "pequeño" que la "salud". La psicología del malestar es más amplia que la psicología clínica, mientras que la psicología del bienestar es más reducida que la psicología de la salud.

La especificidad de la psicología de la salud se halla en el tríptico "prevención, tutela, promoción" y, por tanto, en el tríptico "impedir el malestar, mantener el bienestar, incrementar el bienestar".

Parece evidente la diferencia entre los dos universos lógicos (salud *vs.* clínica). Existe un "conflicto". El sano conflicto científico ve las macroteorizaciones del acercamiento "tomarse cuidado de" *vs.* las microaplicaciones técnicas del acercamiento "cuidar/curar".

De la confrontación lógico-metodológica entre psicología clínica y psicología de la salud y, también, entre psicología del malestar y psicología del bienestar, parecen claras las respectivas competencias, o bien, las interfases/superposiciones.

La definición propuesta por Matarazzo (1980) subraya las transformaciones y los movimientos dentro de la disciplina psicológica, con las oscilaciones y los desplazamientos entre el "polo clínico" y el "polo saludable".

La confrontación de fondo entre medicina y psicología (Farnè y Sebellico, 1990) permite aclarar el papel de la psicología clínica (Korchin, 1976; Kendall y Norton-Ford, 1982). A su vez, la confrontación entre psicología social, psicología clínica y psicología de la salud (Snyder y Forsyth, 1991) aclara la importancia de los conceptos, de los modelos y de los métodos de la psicología de la salud (Mira Engo, 1990; Ribes, 1990; Simon, 1999; Bruchon-Schweitzer, 2005).

Además, en el caso específico de la psicoterapia, la metodología innovadora característica de la psicología de la salud se enlaza de manera fecunda con los temas de la transteosis, del eclecticismo y del integracionismo (Prochaska y Di Clemente, 1984; Norcross, 1986; Prochaska y Norcross, 2003; Norcross y Goldfried, 2005).

En definitiva, se va desde una simple distinción de base hasta una compleja articulación.

En primer lugar —utilizando las figuras mitológicas (Remuzzi y Maturo, 2005)—, tenemos la clínica (*Panakeia*: fármacos y cura) y la salud (*Hygeia*: estilo de vida).

En segundo lugar, el análisis en términos de *modelística compleja subraya la vasta dialéctica entre abstracto y concreto*. Los aspectos formales (metodología, lógica, epistemología) llegan a los aspectos sustanciales (diferentes modalidades de interfacha: confines, superposiciones, inclusiones, implicaciones) (Peirone, 1995 y 1997).

Salud: el modelo biopsicosocioecocultural

Para la psicología de la salud, resulta de vital importancia el modelo interpretativo según el cual la salud se define como un específico *crossing-meeting point*: el biológico, el psicológico y el social concurren y obran entre ellos, de acuerdo con las ahora ya clásicas líneas relativas al programa de la World Health Organization (1978 y 1981) y las teorizaciones de Hogarth (1975) y Engel (1977). El ser humano viviente, cual organismo individual, resulta armónicamente insertado y no una parte aislada sin relación con el contexto, a lo largo de esta triple directiva (Sarafino, 2002).



Sin embargo, esto no es suficiente para recoger la totalidad: por la precisión, se trata de incluir también el concepto de "environment" en la doble acepción "natural" y "social" (Seppilli, 1966; Modolo y Seppilli, 1981).

Y todavía, si se parte de la salud somática y, después, también, psíquica y —con sucesiva extensión—, relacional y ecológica, el conjunto se enriquece de un ulterior componente: el perceptivo-cognitivo-intelectivo, que permite al ser humano (sino es que a las inteligencias artificiales) la comprensión-construcción de significados y, a partir de estos últimos, la investigación-invencción de soluciones.

Con el fin de comprender correctamente la amplia gama semántica encerrada en el concepto de *health*, debe arriesgarse con la denotación que identifica la salud como *active & creative problem solving* y el sujeto humano (el *anthropos*) cual *active brain*. Sólo si se introduce la acepción cultural, se llega a un modelo, aunque no definitivo, pero, seguramente, más amplio y eficaz, en condición de dar del mejor modo el sentido de dos de las palabras clave de la psicología de la salud: "promoción" y "educación".

Psicología de la salud: promover la salud, educar la salud

Debido a la específica habilidad humana de producir significados —articulados sintácticamente y finalizados pragmáticamente—, se subraya cuanto sea factible hacer salud a través de los procesos culturales.

Si ya la dimensión clínica (diagnóstico y terapéutica) conlleva "producción y transmisión de cultura", esto es todavía más palpable en la dimensión saludable (prevención, protección, promoción). Quien emite un mensaje enfocado en "estar mal/bien/mejor" y quien lo recibe dan vida a una relación que refuerza el mismo mensaje; así, cultura y socialización se convierten en los ejes principales, o sea, en los vectores auténticamente operativos mediante los cuales la psicología de la salud puede funcionar y ser funcional, eficiente y eficaz.

Tanto la educación y la defensa/tutela/protección (Seppilli, 1966; Giobbi, 1980; Modolo y Seppilli, 1981), como la prevención-promoción (Bertini, 1988a; Garofalo, 1989; Bandura, 1998) requieren no tanto "instrucción" (es decir, elevados niveles de escolaridad), sino "cultura" (es decir, producción de símbolos y de significados). Ello implica el planteamiento de programas educativos con una didáctica según la cual el "sentido de la salud" se despliegue de manera fluída, sin resultar estéril. En otras palabras, "hacer operativamente psicología de la salud" conlleva un auténtico "hacer cultura", dotado de espesor motivacional.

Health promotion y *health education* son, en definitiva, "operaciones de cultura" (Lazzarini, Morelli, Peirone y Reginato, 1985) realizadas por medio de un estrecho nexo cultura-personalidad (Peirone, 1985), en el que motivación y persona se ponen en primer plano. Si no fuera así, resultaría muy difícil trabajar sobre emociones problemáticas, por ejemplo como en los proyectos de promoción y educación enfocados en la ansiedad y en la depresión (Peirone, 1996).

Para comprobar lo que se ha dicho, basta con el análisis etimológico de los dos conceptos clave.

"Pro-mover" significa "mover en adelante", y el "adelante" es dado por un objeto, el cual debe ser comprensible, culturalmente significativo.

"E-ducar" significa "guiar, conducir, formar" el todo mediante no sólo un objeto, sino con una adecuada dimensión relacional y socializadora con quien "comunica sobre la salud".

Salud: los niveles macroscópico y microscópico

Un ulterior elemento importante de orden teórico-metodológico es el que distingue entre "macro" y "micro".

Se puede hablar de salud en términos de *big theories* y, también, en términos radicalmente distintos de "técnicas puntuales". Es evidente que los macrosistemas y las unidades elementales pertenecen a dos diferentes órdenes de procesos, que conllevan métodos e instrumentos (y también lenguajes) no fácilmente compatibles entre ellos. Piénsese en la abismal diferencia que existe entre un psicólogo de la salud llamado a administrar megapolíticas sanitarias de gran contenido administrativo y un psicólogo de la salud llamado a contestar en la cotidianidad más pequeña y, sobre todo, operativa, en la que cada decisión resulta vital por el objeto sobre el que se interviene.

Es un poco como comparar, en direcciones opuestas, "forma" y "contenido", "forma" y "sustancia", o bien, "burocracia" y "organismo viviente individual".

Otra acepción, no siempre coincidente, es la que ve confrontados el nivel general y el específico. En otras palabras, reglas válidas siempre (o bien, casi siempre) comparadas con reglas válidas sólo a veces (o bien, directamente una sola vez, en cada caso, que es único y sin igual). "N = 1", en efecto, constituye una situación de notable dificultad, que impide a menudo la dimensión experimental: el control se hace, por tanto, muy difícil.

Por un lado, tales distinciones convergen/coinciden una con otra entre nivel abstracto y concreto. Resulta siempre muy complejo —y no en vano nos hallamos en la óptica de la "complejidad", con las relativas dificultades de método— salir a mediar y hacer dialogar a estos dos extremos del *continuum*.

Por todas las razones mencionadas, la psicología de la salud (como lo comprueba la literatura existente) se articula en una serie de ámbitos, aunque muy diferenciados entre ellos, casi siempre de cualquier modo en la perspectiva de la siguiente bipolaridad: por un lado, puntos de vista impregnados de altas teorizaciones (casi siempre estériles) y, por otro, indicaciones prácticas/pragmáticas (a veces ciegas y banales) para la persona concreta en el ámbito de la vida cotidiana.

Saber encontrar el punto de equilibrio exacto así como lo que se debe elegir en cada caso, es un problema relevante de cada metodólogo.

Health Care System: las políticas sanitarias



Entre las contribuciones que la psicología de la salud ha sabido aportar en el área empresarial se encuentran las relacionadas con el riesgo ambiental.

Ahora, pasemos al área de los objetivos concretos para la *health psychology*, con una rápida (y ciertamente no conclusiva) enumeración.

Se puede empezar citando (cual importante filón de estudios/investigaciones/aplicaciones) eso del sistema general del tomarse cuidado de la población en su conjunto, en una perspectiva de gestión político-administrativa.

Aquí, se fundan temáticas como "contenidos y eficacia de los servicios", "niveles de satisfacción de parte de los usuarios", "relación entre costos y beneficios para la estructura que eroga las prestaciones", "calidad del trabajo para los operadores", "concepción según el *welfare approach* vs. concepción empresarial" y muchos otros aun (Kohn y White, 1974; Maeran y Santinello, 1985; Diekstra, 1988; Bertini, 1998).

Salud y organización

Al hablar de políticas generales, resulta fácil desviarse al tema de la organización. Aquí, la psicología de la salud está en condiciones de aportar notables contribuciones bien por lo que atañe al área social (dinámicas institucionales, voluntariado, sector del privado social, entre otras), o bien por lo que corresponde al área laborable (producción-distribución, relaciones entre directores/cuadros/empleados/obreros, etcétera).

En particular, resultan numerosas y relevantes las contribuciones que la psicología de la salud ha sabido aportar en el área empresarial, abarcando varios temas: riesgo ambiental, seguridad/tutela/prevenición, recursos humanos, dinámicas interpersonales/grupales, estrés/*coping/mobbing*, *satisfaction assessment*, bienestar personal vs. beneficio institucional, entre otros más, persiguiendo el proyecto (no siempre fácil) de un "healthy work" (Evangelista, 1984; Laurení y Rigosi, 1985; Weiss, Fielding y Baum, 1991; Cooper y Williams, 1995; Schabracq, Winnubst y Cooper, 1996; Andreoni y Marocci, 1997).

Medir la enfermedad, medir la salud

La vida está hecha de salud y de enfermedad o, mejor dicho, según la percepción más común, de enfermedad y, después, de salud. El negativo posee mayor peso que el positivo. No obstante, este desequilibrio en la evaluación de parte de los seres humanos, propio la psicología de la salud, resulta fecundo en la investigación y en la propuesta de instrumentos operativos, comparando el área del malestar y el área del bienestar.

"Calidad" y "cantidad" son ahora objeto de atenta investigación científica.

Se trata de definir con precisión (y distinguir entre ellos) la salud y la enfermedad (Prodi, 1981). Se trata de llevar una precisa medición de la salud y de la enfermedad (Goldberg, 1978; McDowell y Newell, 1987; Streiner y Norman, 1995; Bowling, 1995; Labbrozzi, 1995; Bowling, 1997).

Así, esta tarea fundamental—que conlleva refinados instrumentos: de las escalas a los cuestionarios, de las entrevistas a los reactivos, de las elaboraciones estadísticas a los estimas epidemiológicos— ve la *health psychology* ya madura para proveer informaciones y, por ende, "cuadros diagnósticos" de tipo ya sea micro como macro.

Enfermedades orgánicas crónicas, enfermedades mentales crónicas

Las formas patológicas crónicas han sido siempre un problema. Sin embargo, en la civilización actual, caracterizada por un excepcional prolongamiento de la vida (ya sea como valor absoluto o como valor mediano), este problema va haciéndose siempre más pesado.

Para comprender la gravedad de ello, basta repasar las principales formas de enfermedad que, de agudas tienden a hacerse crónicas, con grandes costos ya sea existenciales o económico-sociales. En el área de los trastornos orgánicos siempre destacan las enfermedades cardiovasculares (hipertensión, infarto, ataque), la diabetes (sobre todo de origen alimentario), las neoplasias, así como las "llagas sociales" del VIH-sida y de la droga. En el área de los trastornos mentales, siempre encuentran un eco mayor formas en un tiempo poco evidentes en tal sentido: no sólo el área psicótica (esquizofrenia, paranoia), sino el área intermedia (estados *borderline*) y la misma área neurótica (estados ansiosos, ataques de pánico, fobias, obsesiones) y, de una manera obvia, el área de la conducta respecto de las sustan-

cias psicotrópicas. El hecho es dramáticamente simple: vida más larga implica enfermedades aún más crónicas y para una mayor parte de la población.

Se puede comprender la enorme presión social de este fenómeno: entre otras cosas, por lo general el peso es mayor sobre los sectores sociales productivos, los cuales, por diferentes razones, están numéricamente reducidos respecto del pasado.

Por lo tanto, la psicología de la salud es llamada, igual que tantas otras disciplinas encen- tradas sobre el malestar/bienestar, a una tarea de enorme importancia: en efecto, mediante una acción centrada sobre todo en los estilos de vida, se tiene que intentar prevenir las enfer- medades crónicas, las cuales, por lo general, por definición, son "curables, pero no sanables" y, por eso, teóricamente infinitas y, por consiguiente, todavía "devoradoras de recursos". En este sector, tal vez más que en otros, la promoción y la educación a la salud son llamadas a "hacer milagros": los instrumentos científicos existen; lo que resulta insuficiente son los recur- sos materiales.

Estrés, ansiedad, depresión

Este conjunto, este "tríptico", representa casi la "marca de fábrica" de nuestros tiempos. Estrés, ansiedad y depresión son los problemas característicos del tercer milenio y de la sociedad occidental avanzada (postindustrial, postmoderna, globalizada, encentrada sobre el terciario: de base y avanzado, centrada en los servicios, informatizada, hipertecnológica y, en muchos aspectos, virtualizada).

Como se puede fácilmente detectar, los conceptos mencionados describen una sociedad más "psicologizada" y, en este sentido, más "psicopatológica". Es automático, en este punto, identificar en el distress, en la ansiedad y en la depresión las "puntas de diamante" del "males- tar de la civilización".

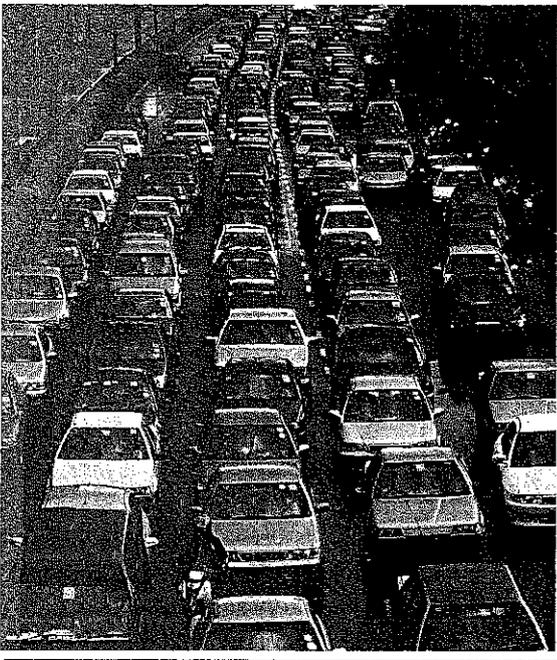
Demasiado veloz, demasiado competitiva, demasiado empapada de tensiones, dema- siado confundida: nuestra civilización está demasiado rica desde el punto de vista material y demasiado frágil desde el punto de vista espiritual.

Estamos frente a la contradicción típica de la civiliza- ción ultraavanzada: lo que la hace grande, va amenazán- dola. El progreso genera enfermedad. El bienestar material crea infelicidad. Esta ambivalencia, además, es compatible con la psicología de la salud, ciencia a caballo entre el *dis- comfort* y el *well-being*.

El centro del "mal-estar" parece residir en el estrés: hay tanto del bueno (*eustrés*), como del malo (*distrés*). El estrés es el problema/enfermedad de tipo endémico de la civilización occidental.

Se debe subrayar la centralidad, para la psicología de la salud, del concepto de estrés (tensión de orden gene- ral), del que se derivan, después, las particulares: tensio- nes ansiosas/ansiógenas y tensiones depresivas/depresóge- nas (Levi, 1972; Selye, 1974; Sarason y Spielberger, 1976-1985; Kutash y Schlesinger, 1980; Zales, 1985; Cooper, 1996). Ansiedad y depresión, entre otros males, se hacen siempre más marcadas en la condición anciana y de vejez, atacando los sectores sociales "frágiles", los cuales necesi- tarían de acciones preventivas oportunas desde la perspec- tiva de la *health psychology* (Peirone, 1994).

La salud, para la civilización y para las personas, pare- ce, entonces, pasar a través de oportunas estrategias de



Estamos frente a la contradicción típica de la civilización ultraavanzada: lo que la hace grande, va amenazándola.

coping & management (Lazarus, 1966; Antonovsky, 1979; Lazarus y Folkman, 1984; Antonovsky, 1987), estrategias dirigidas a conseguir la "calma interior profunda", dotada de "espesor", en condición de hacer interobrar el consciente con el inconsciente y de localizarse *in primis* dentro del individuo, cabalmente "autógena" (Schultz, 1966; Luthe y Schultz, 1969-1973; Wallnoefer, 1979; Gerardi, 1990).

Malestar adolescencial-juvenil, trastornos alimentarios

Las "nuevas" generaciones, o sea las de la edad evolutiva, las generaciones en vías de formación, hace ya numerosos decenios conocen, en la civilización avanzada y opulenta, una condición de crisis, de malestar que, a menudo, conlleva desviación social y/o enfermedad individual.

En particular, son los adolescentes y los jóvenes (si no es que ya los niños también) los que tienen elevada probabilidad de "estar mal", a variado título y a varios niveles de gravedad.

La psicología de la salud se halla frente a un enorme problema, parecido, por un lado, a ese de las enfermedades crónicas, en el sentido de que algunas formas exasperadas y crónicas de "malestar evolutivo-formativo" pueden ser afrontadas *sólo mediante un acercamiento que sea, al mismo tiempo, macro-microscópico y preventivo*.

Los síndromes neuróticos y/o caracteriales siempre más precoces, el mal rendimiento escolar, el abandono de los estudios, la agresividad intrafamiliar, el siempre más bajo umbral de ingreso en el mundo de la droga, la microcriminalidad, la tropelía sobre los coetáneos, la gratuita violencia del "matonismo" siempre lista a estallar y muchas otras modalidades constituyen las "señales" de un malestar más difundido y más adelantado.

En particular, sobresalen los tres órdenes de problemas citados en el título de este apartado.

En primer lugar, el malestar en edad evolutiva no es sólo el más grave que se haya encontrado en la historia de la humanidad, sino que está también caracterizado por "mil caras"² que se cruzan y se mezclan, haciendo difícil no sólo la cura, sino la diagnosis para cada uno de los casos (piénsese en el abuso de sustancias que a menudo conlleva "politoxicoddependencia", complicada por conductas desviadas y criminales, con aspectos económicos y legales y, también, psicopatológicos).

En segundo lugar, el bulismo y las pequeñas/grandes violencias ejercitadas en la vida cotidiana subrayan no sólo la importancia de la disciplina científica denominada "victimología", sino también cuánta fragilidad —hecha de miedos, inseguridades, miedo a la evaluación de parte de los adultos, rebelión exasperada, reacciones disparatadas, identidades inseguras, inmadurez, etcétera (Peirone, 1989)— se esconde detrás de la conducta prepotente.

En tercer lugar, los cada vez más frecuentes trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, obesidad) constituyen poderosos indicadores de los desequilibrios emocionales y relacionales vividos por las nuevas generaciones, con visos de malestar patológico que, a veces, sobrepasan la "an-afectividad" y en *la incapacidad de asumir una actitud moralmente responsable*.

Nuestros hijos; nuestros nietos están siempre más expuestos a riesgos similares. Está en juego el futuro de la humanidad.

² Sobre la interpretación-prevención del malestar "multicará" en el área adolescencial-juvenil, véase el modelo teórico-práctico elaborado por la Asociación Anthropos (como Centro de Escucha y como Unidad Operativa Escolástica) (Peirone, Gerardi, Borello, Camisasca *et al.*, 1995)

Salud y dependencias

La salud es independencia, autonomía y libertad (libertad no en el sentido de que se puede hacer todo lo que se quiere, sino en el de ser capaces de asumir responsabilidades). Es bienestar, mientras que el malestar coincide con la dependencia.

Por desdicha, hoy diferentes formas de dependencia amenazan la salud (ya sea del individuo como de la colectividad). Drogas, alcohol, tabaco, fármacos, *gambling*, trastornos obsesivo-compulsivos, entre otros, ligan/encadenan al sujeto (¡siempre menos sujeto! y, al contrario, objeto pasivo y enfermo). Incomodidad, malestar, enfermedad y diversos condicionamientos hacen al ser humano esclavo: esclavo de las sustancias, de otras personas, de sí mismo.

La máxima expresión de la dependencia, es decir, la droga (mejor: las drogas), conoce una gran difusión, hasta el punto de registrar una preponderancia (histórica, en el periodo actual) de los aspectos sociales respecto de los clínicos (Peirone, 1987b).



La "cultura de la droga" hoy está muy difundida en la existencia cotidiana.

La "cultura de la droga" hoy está muy difundida en la existencia cotidiana, llegando a delinear —de manera sutil y engañosa— la personalidad, a través de microprocesos de socialización difundida por doquier (Peirone, 1987c). De esa manera, los contrarios de la salud y del bienestar se construyen paso a paso, de manera silenciosa, implícita e inconsciente.

Causalidad compleja, polifactorialidad, a-especificidad, exposición social más que disposición individual (Peirone, 1987d): estas actuales características del fenómeno droga demuestran la falta de libertad y autonomía, confirman la debilidad humana, evidencian (sobre todo en los jóvenes) el no saber decir "¡No!"

En concreto, es característico de las comunidades terapéuticas recalcar que el tratamiento *ex post* más eficaz es el caracterizado por una "genericidad totalizante", del todo semejante a la a-específica e invisible desestructuración de la personalidad causada por la sociedad-cultura de la droga. Dicho de otra manera: el espacio, el tiempo, la relacionalidad y el trabajo —como son redefinidos a beneficio del usuario en el método comunitario (Peirone, 1987f)— funcionan bien porque cubren aquellas "carencias" producidas por una sociedad que no sabe educar. En ese sentido, emerge la significación del camino a la recuperación como expresión de *un acercamiento más "socio-saludable" que "clínico-terapéutico"*.

Con base en lo anterior, es fácil comprender, por lo tanto, la importancia que adquieren las acciones preventivas: frente al creciente abuso de drogas, la estrategia de fondo, más que de psicología clínica en sentido tradicional, necesita de psicología social de la salud, donde información, prevención y *control/coping* (Gossop y Grant, 1990) son los vectores para las políticas promocionales-educativas macro/micro de tipo *ex ante*.

Vida sexual y madurez personal-relacional

Un área de excepcional importancia y complejidad por las aplicaciones concretas de la psicología de la salud es aquella que la ve trabajar hacia la dirección de la sexualidad, entendiendo este concepto en una acepción amplia y abierta, como conviene a cada fenómeno rico y articulado.



Probablemente con retraso respecto de otros sectores, la *psicología de la salud sexual* tiene mucho que decir y mucho que hacer.

Se tiene que indicar a este propósito cuanto se necesite acerca de programas de información y educación para una sana sexualidad y una correcta relacionalidad.

Asimismo, se debe evidenciar cuanto se requiera "saber más de eso" respecto de los desarreglos de la vida sexual (vaginismo, frigidez, anorgasmia, disfunción eréctil, eyaculación precoz, eyaculación retrasada/imposible, trastornos del deseo, dispareunia) y de la vida en pareja (problemas en la comunicación, problemas en la dinámica emotivo-sentimental, problemas en la elección de pareja y en el "encaje" caracterial).

Se subraya cuanto se necesite de acción de defensa y prevención respecto del abuso sexual (ya sea respecto de las mujeres como de los menores de edad), a la explotación criminal-comercial de la sexualidad, a la prostitución y a la pedofilia.

Se debe citar aun cuando se requiera de proyectos operativos en cuanto a la contracepción y al control de las enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, hepatitis, sida).

Profundizando un poco más, se puede añadir lo siguiente: la psicología enseña que el carácter se forma en los primeros años de vida y que, en particular, el desarrollo conductual-cognitivo resulta estrechamente enlazado con el emocional-afectivo-relacional y con el desarrollo sexual.

A la luz de estos hechos científicamente comprobados, el conjunto "individuo, pareja, familia" parece justamente impregnado de sexualidad, de una vida sexual sana, saludable y satisfactoria.

A través de la modulación de la sexualidad, la persona y la relación se desarrollan: se hace el pasaje de la mónada a la díada, del egocentrismo al altruismo, del tomar al dar, de la depredación al dono. Se pasa del Yo al Tú y luego al Nosotros.

Sexo y amor se vuelven las fuerzas constitutivas (ambas indispensables) para la afectividad y la responsabilidad relacional. Resulta decisivo el rol del placer y de la satisfacción sexual como base para la salud de la persona: las desviaciones perversas y patológicas son el resultado de acciones represivas y no educativas. *La madurez consiste en el placer compartido.*

Para la psicología de la salud, la tarea más ambiciosa parece ser la de implementar proyectos de intervención precoz con el fin de vincular en el contexto escolar, y antes en el contexto familiar, profundos y eficaces mensajes; es decir, promover procesos culturales (en términos de *psicología-psicoanálisis de la salud sexual*) en condiciones de trabajar para la construcción de la persona desde el punto de vista afectivo-relacional, conjugando sexo y amor en el ámbito del "mundo interior" de cada individuo.

Familia y escuela: ¿agencias de salud o de malestar?

Centrales por la sociedad son (¿serían... eran/fueron? ¿no son más?) la familia y la escuela.

Estos dos elementos pedagógicos (válido en el sentido etimológico de "pedagogía": conducir niños, los hijos) teóricamente asumen la indispensable función de "enlace psíquico" entre franjas generacionales diferentes (padres-hijos, profesores-alumnos). La familia entra en acción desde el comienzo de la vida del individuo y se ocupa de la educación-socialización primaria (centrada en los aspectos más "sensibles" de la personalidad: emociones, afectos, relaciones). La escuela entra en acción sucesivamente y se ocupa de la educación-socialización secundaria (enfocada en los aspectos más "fríos" de la personalidad: cogniciones, informaciones, lógica, racionalidad, aprendizaje de competencias finalizadas al trabajo).

Se ha dicho "teóricamente", pero ¿práctica e históricamente? ¿Qué se ha hecho hoy en estas dos estructuras? Desde hace numerosos decenios, ahora ya, en estricta correlación con

el crecimiento del malestar infantil-adolescencal-juvenil, se concurre a una condición de crisis, de dificultad, a una progresiva merma del rendimiento ya sea de la familia como de la escuela.

Son innegables la pérdida de eficacia y de funciones de parte de ambas instituciones, las cuales, además, han cambiado profundamente también en su "naturaleza" (forma y sustancia). La familia ya no es extendida, sino nuclear, a veces con un sólo adulto y ahora es ya más un lugar de conflictos que de seguridad. A su vez, la escuela, por un lado, está más especializada y, por el otro, está más aplastada y, también, es más "lenta" al insertar a los jóvenes en la sociedad adulta, engendrando, de esta manera, un "aletargamiento vacío y estéril" para una personalidad todavía sin consolidarse.

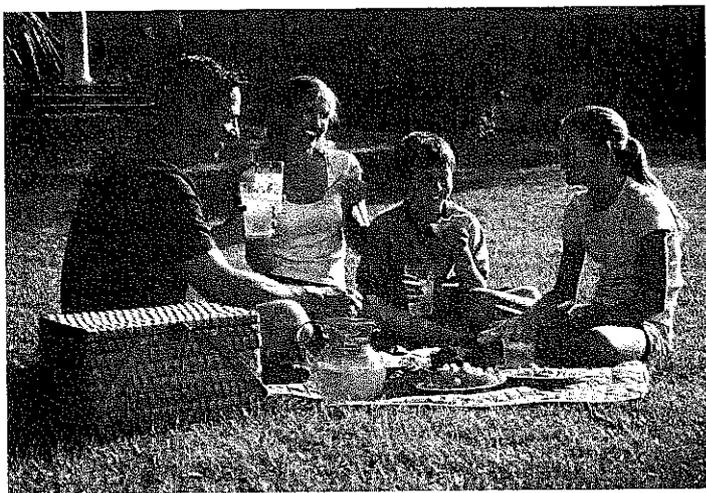
Empobrecidas, en algunos casos vaciadas, ¿cómo van a ser consideradas hoy (y mañana) estas dos instituciones? ¿Son agentes de salud, o bien, ahora ya se tiene que hablar de "agentes de malestar"? ¿Son agentes que generan problemas o que inventan soluciones? ¿Son factores de riesgo o recursos?

Estas funestas preguntas son legítimas y muy problemáticas; estas preguntas constituyen duros desafíos para la psicología de la salud, llamada —en ámbito familiar y escolar— a severas intervenciones de prevención, promoción y educación.

La familia: anillo débil

Figurando el enlace intergeneracional como una cadena que cronológicamente se desanuda, esta similitud representa muy bien el significado de la fragilidad de los dos "anillos".

La familia —el conjunto constituido por la pareja genitorial (aquí, a veces, la definición no rige más...) y por sus hijos— a menudo parece un débil anillo de la cadena de transmisión sociocultural, anillo fácil de abrirse o de romperse: la famosa expresión "juventud perdida" designa no sólo a jóvenes descarriados, sino, también, a padres que no saben más ser tales (más allá del mero rol biológico).



Si no hay más adultos (los "grandes") en la familia, los hijos se sienten autorizados a no sentirse "pequeños", ya se sienten grandes mientras que, en realidad, no lo son.

En la medida en que sea posible un extenso trabajo sobre la familia considerada como "base" para la promoción de la salud (Donati, 1987; AA.VV., 1987; Galli, 1988), no se puede esconder el hecho de que, objetivamente, esta estructura primaria se haya vuelto una base débil, en cuanto se configura más como familia "inexistente" (Peirone, 1987e). Con "inexistencia" se entiende la progresiva "decoloración" (alguna vez hasta la "desaparición") de los diferentes roles psicológicamente fuertes (padre, madre, padres), ya que los respectivos actores están empeñados más en la vertiente exterior (trabajo) que en la interior (crianza de la prole). Si no hay más

adultos (los "grandes") en la familia, los hijos se sienten autorizados a no sentirse "pequeños", ya se sienten grandes mientras que, en realidad, no lo son, he aquí una de las principales razones de la incomodidad/malestar, con la nueva generación siempre menos capaz de crecer y, además, con la alucinadora ilusión de que no haya necesidad de crecer (por lo menos bajo el perfil estrechamente humano-social-psíquico).



A la luz de este terrible panorama, es comprensible el difícil papel de la psicología de la salud y lo "sutil y preciso" que debe ser su intervención para poder resultar auténticamente eficaz.

La escuela: anillo crítico

Por su parte, la escuela —es decir, el conjunto constituido por el docente y por el alumno, por el que enseña y por el que aprende— a menudo representa un crítico anillo de la cadena de transmisión socio-cultural, también un anillo fácil de abrirse o de romperse: por desgracia, la antigua expresión despectiva de "ir a la escuela para calentar los bancos" hoy en día se ha vuelto realidad dada la frecuente desvinculación entre el así llamado alumno/estudiante y el profesor, y la materia de estudio, y el trabajo... desvinculación y pérdida de significados que subrayan la crisis de identidad de la *schola/schole* entendida en conjunto.

En efecto, la crisis de los conceptos de "autoridad" y "poder" (entendido como buen poder pedagógico) ha llegado hasta un punto de notable gravedad. La escuela y el docente tendencialmente no son más objeto de identificación para el joven: han perdido credibilidad y, en cambio, ha crecido la desconfianza de los jóvenes en los adultos por sí (es decir, como rol).

En la cotidianidad actual del occidente, más allá de los conceptos utilizados, estos últimos resultan con frecuencia vacíos de significado: si se profundiza, parece evidente que existen alumnos/estudiantes que no son "alumnos/estudiantes" y existen profesores/maestros que (aun cuando quieran) no pueden ser "profesores/maestros". En algún tiempo, entre palabra y realidad el nexo era muy estrecho, ahora ya no lo es: el anillo se ha aflojado o hasta se ha despedazado. ¿Dónde está el "alumno" (el que es criado)? ¿Dónde está el "maestro" (el que tiene más poder y lo transmite al que tiene menos)?

Con base en lo expuesto, parece claro lo problemático para la psicología de la salud; no obstante, la presencia de eficaces instrumentos científicos (investigaciones, teorías, métodos, técnicas, aplicaciones), resulta difícil educar de modo eficaz acerca de la salud en el contexto escolar (Zerbetto y Panichi Zalaffi, 1983; Corradini, 1989), o bien, practicar con éxito programas de *action-research in school* (Peirone, Gerardi, Borello, Mammoliti *et al.*, 1995).

La siempre menor confianza puesta de las nuevas generaciones en las anteriores subraya lo delicado del papel (y relativa personalidad) de *health promoter & educator*.

Estilos de vida patógenos/saludables

Gran parte de la salud y de la enfermedad provienen del estilo de vida adoptado en la cotidianidad.

El impacto sobre la salud poseído por los estilos de vida ha sido remarcado desde hace tiempo por la World Health Organization (1983). En efecto, las conductas consuetudinarias y las costumbres aun mínimas construirán, en cada momento, las condiciones del malestar o del bienestar (Bert y Quadrino, 1986; Parenti y Pagani, 1987; ISTAT, 1996).

Las *behaviors*, las cogniciones, las emociones, las actitudes, las evaluaciones, la manera de referirse con las personas y las cosas, en breve varios factores por lo general poco visibles, pueden dar vida a efectos que producen enfermedad, o bien, a efectos que generan salud. De manera implícita/inconsciente se pueden estratificar errores sobre errores, o bien, soluciones sobre soluciones (sobre todo preventivas).

Un claro ejemplo de "estilo de vida negativo", que trabaja en contra de la salud, es el de la persona hipocondríaca, que se preocupa obsesivamente por cada cosa, exasperadamente atenta, a cada sensación interna y a cada peligro externo, con una sobrestimación pesimis-

ta de las fantasías respecto de la realidad: invariablemente, este individuo se enferma, aunque sólo de manera "imaginaria" o psicológicamente perturbadora.

Un buen ejemplo de "estilo de vida positivo", que trabaja en favor de la salud, es el de la persona segura de sí, dotada de objetiva autoestima, que piensa, siente y se mueve de manera libre y desenvuelta, que no conoce rigidez y miedos, que animosamente va hacia nuevas situaciones y logra ser creativa, modulando de tal manera, también, las reacciones somáticas.

Para combatir las formas desgastantes y neurotizantes de la vida moderna (hiperactividad, competitividad, irritabilidad, agresividad, estrés prestacional, ansiedad, superficialidad, etcétera), la *health psychology* está en condiciones de estimular oportunamente la construcción de modalidades existenciales "sanas y serenas".

Calidad de vida

El asunto del estilo de vida positivo está estrechamente relacionado con el de la calidad de vida.

En la civilización que ha sabido salvar los más pesados vínculos materiales (hambre, enfermedades, guerras incontroladas, entre otros), se hacen camino necesidades más abstractas y, lógicamente, se va desde una atención centrada de modo exclusivo en el malestar hasta una atención más orientada hacia el bienestar; de ello deriva que la calidad de la existencia deviene más importante que la cantidad de la existencia.

Desde esta perspectiva, la interpretación de la salud se adecua a nuevas exigencias: el bienestar no es, como en el pasado, considerado como superfluo, sino es sentido como necesario-esencial, como algo indispensable. Esta sensibilización a los aspectos positivos de la salud constituye un "salto de calidad" que en efecto da vida a una mejor calidad de vida, por lo que la gente común, de manera individual y espontánea, ya comienza a evaluar, apreciar, respetar, custodiar, amar y, en la medida de sus posibilidades, a promover la salud.

Se asiste así al nacimiento de una moderna conceptualización de la salud ya no como sanitización de la vida, sino como promoción de ella. La gente común todavía dice sí al fármaco (y a la medicina), sino *cum grano salis* (y, por lo tanto, con mucha psicología).

Además, estamos enfrente de una visión existencial dinámica en la que se desarrollan necesidades crecientes y en perenne transformación.

Todo esto es, en definitiva, el fruto de una activa (y también muy sabia) "elección", una inteligente elección de vida; aquí, también estamos enfrente de una acción cultural, concentrada sobre el placer de vivir y, por ende, en las ganas de vivir.

De una manera obvia, la *health related quality of life* halla amplia y complicada correspondencia en la literatura científica (Barro, 1978; Regione Lombardia, 1983; Orley y Kuyken, 1993; Marìn, 1995; Renwich, Brown y Nagler, 1996; Katschnig, Freeman y Sartorius, 1997; Oblitas, 2003; Peirone, 2004b).

Ciclo de vida

Del inorgánico al orgánico y luego, de nuevo, al inorgánico: la vida es un ciclo que se cumple, que se cierra.

La vida y la calidad de la misma se distribuyen a lo largo de un arco temporal. El tiempo testimonia que las cosas cambian, que son diferentes de un periodo al otro, de un momento al otro.

Los seres vivos también se modifican, como lo hacen los estados de salud o enfermedad para los seres humanos en los diferentes estadios evolutivos.

Embrión, feto, recién nacido, niño, chico, adolescente, joven, adulto, viejo, anciano; moviéndose a lo largo de estas fases, el individuo es llamado a construir/mantener/mejorar el correcto y saludable equilibrio psicofísico. Y la sociedad, a su vez, es llamada a mediar entre los grupos que pertenecen a diferentes frajas de edad (en particular, a integrar armónicamente entre ellas las generaciones productivas, las todavía no productivas y las ya no productivas).

El problema es qué hacer y cómo hacer para “nacer, vivir y morir en salud”.

Desde el comienzo hasta el fin, el ciclo de vida constituye, para la psicología de la salud, un desafío complejo que va articulado a la evolución (F. Cavallo y Giustetto, 1981; Torri y Tognoni, 1982; Donati, 1983a; Nardocci, 1986; Chiusano, Peirone y Gerardi, 2006) y a la involución (Negrisoli, 1986) a lo largo de un recorrido que cronológicamente recoge cinco edades fundamentales (Peirone y Gerardi, 2005).

Con el pasar del tiempo, todo fluye: también el malestar y el bienestar. Se hace decisivo “saber” (¡todavía un elemento cultural!) cuándo (y cómo y cuánto) en el curso de la vida hay que estar mal y cuándo (y cómo y cuánto) en el curso de la vida se puede estar bien. En cierta medida, la frustración y el sufrimiento son inevitables (a veces indispensables): van atentamente moduladas con el placer, a lo largo de una construcción (sabedora y serena) de la salud.

Por lo tanto, se tendría que promover y educar acerca de la salud en cada edad, aprovechando las características propias de cada estadio y, en particular, haciendo dialogar a los seres humanos en vía de formación con los seres humanos ya formados y, también, haciendo dialogar a los seres humanos en condición de dependencia con los seres humanos en condición de independencia. Éstas son tareas difíciles; corresponde a la psicología el deber técnico-metodológico de hallar el punto de encuentro comunicativo entre la “soledad de los viejos” y el “malestar de los jóvenes”. La salud —personal y colectiva— se halla cabalmente también en hacer concurrir el pasado con el futuro, en unir la experiencia-prudencia del que ya ha vivido con la fuerza-ánimo del que aún debe vivir.



El problema es qué hacer y cómo hacer para “nacer, vivir y morir en salud”.

Tercera edad y envejecimiento

La configuración de hoy de la civilidad occidental ve como eje principal al sector de edad adulta, productiva e independiente. Asimismo, detecta, además, otros dos sectores de edad muy problemáticos, no productivos y no independientes: los “niños/adolescentes/jovenes” y los “ancianos/viejos”.

En específico, la tercera edad (entendida en sentido amplio) se convierte en un fenómeno cada vez más amplio y abundante. Mayor cantidad de vida comporta mayor solicitud de calidad de vida y, por consiguiente, un no siempre fácil proceso de adaptación-equilibrio (Laicardi, 1987; P.B. Baltes y M.M. Baltes, 1990; Honn Qualls y Abeles, 2001): la fase involutiva denominada “envejecimiento” representa, hoy en día, uno de los desafíos más grandes, en todas las áreas, incluida la de psicología de la salud.

Dos de nosotros (Gerardi y Peirone) suman más de 25 años de experiencia en Italia en el ámbito de la cultura para la tercera edad, mediante enseñanza, intervención e investigación en la llamada UNITRE (Universidad de la Tercera Edad/de las Tres Edades).

Los números UNITRE son evidentes: 31 años de operatividad, desde 1975, con decenas de convenciones nacionales/internacionales; en el último año académico, 260 residencias distribuidas sobre el territorio italiano, con 80,000 estudiantes y 200 tipos de cursos/laboratorios. El modelo italiano de la "Universidad de la Tercera Edad" (abierto a conjugar entre ellos las Tres Edades) constituye en el ámbito mundial la más importante experiencia de "educación permanente/recurrente/renovada" y, también —de hecho—, un enorme "experimento" de psicología de la salud (Gerardi, 1982; Gerardi y Peirone, 1987; Gerardi y Peirone, 1991; Peirone, Gerardi, Cavaliere *et al.*, 1996; Peirone, Gerardi, Faccioli Riconda *et al.*, 1997; Peirone, Gerardi, Gandino *et al.*, 1996; Peirone, 2004c).

El envejecimiento, afrontado con previsión y con una lenta construcción, puede hacerse un proceso rico de potencialidades "evolutivas". Utilizar el tiempo libre/liberado durante la tercera edad para "re-lanzar" el desarrollo del ser humano es una empresa que inevitablemente se concentra en el *discomfort/wellbeing management*. La UNITRE demuestra que la fruición de procesos culturales (interpretados como "información elaborada emotiva y socialmente") puede influir en la personalidad del usuario. Este último, entendido no sólo pasivamente, sino de manera activa, accede a una saludable transmisión de sabiduría, haciéndose sujeto responsable.

La *cultura* y el *aprendizaje* obran como "fármacos" de juventud, como simbólicos fármacos (terapéuticos y, sobre todo, preventivos) para un mejor envejecimiento.

Sanidad somática y salud psíquica: la concepción holística

Al revisar consideraciones más detalladas e intrapsíquicas, se debe subrayar el papel desempeñado por el acercamiento holístico.

La *health psychology* trabaja a menudo con una *Zusammenfassung* focalizada sobre la *totalitaet* y, en particular, constituye, seguramente, una disciplina "psicosomática/somatopsíquica".

Su objeto, la salud, interpreta la realidad (ya sea del malestar o la del bienestar) como un conjunto inseparable en sus componentes: entre otras cosas, sin dar lugar a confusiones muy fáciles, más bien con una rigurosa capacidad de diferenciar de manera conceptual, la psicología de la salud hace interobrar continuamente el soma con la psique. Eso no quiere decir que siempre, en cada caso concreto, tenga por fuerza que encontrarse su operativa co-presencia, pero, en términos de hipótesis de trabajo, esta clave de lectura "no reduccionista, no separadora" resulta ser un método abierto y fecundo.

Eso es válido ya sea en la óptica anamnésica-diagnóstica-etiológica-sintomática (de derivación clínica) o en la "armónica" (de derivación saludable).

El "todo entero" (*holos*) ve una *interacción* o una *integración* entre las partes.

Además, si lo analizamos, el "olismo" debe entenderse extrapolando más allá del tradicional dualismo físico-espiritual, al interior del "mental".

Por tanto, el método olistico es eficaz en el caso en que tengan que administrarse variables orgánicas y mentales; o bien, en el caso en que se tengan en cuenta elementos comportamentales y dinámicos; o incluso, en el caso en que los aspectos conscientes puedan ser leídos a luz de los inconscientes y viceversa; y así sucesivamente... desmontando y remontando diferentes "piezas", acordando los objetos entre ellos y los conceptos entre ellos: el pensamiento con la emoción, la razón con la intuición, la sabiduría con el sentimiento, la inteligencia lógico-racional con la onírico-creativa, el hemisferio cerebral izquierdo con el cerebral derecho, etcétera.

Según los dictámenes de la psicología de la salud (la cual es sustancialmente holística y no positivista-reduccionista), no se tiene "sanidad o salud", sino "sanidad y salud"; por lo

tanto, se necesita un cuerpo sano y un cerebro sano combinados con una mente lúcida, un alma serena y una psique en salud. Fácil de decirse... ¡difícil de hacerse prácticamente, difícil de conocerse de manera científicamente correcta!

En breve, *la salud en línea de máxima requiere una armónica articulación: una compleja y equilibrada síntesis de diferentes elementos analíticamente diferenciados*. Todo eso —bien más allá de ingenuas ejemplificaciones siempre posibles de parte de “psicologías populares pseudo-científicas”— requiere una atenta y precisa impostación metodológica sobre conceptos, definiciones, correlaciones, relaciones causa-efecto, interdependencias, retroacciones, entre otros, y, también, comprobaciones puntuales sobre el plano empírico y el aplicativo.

Psico-neuro-endocrino-inmunología: el juego de las emociones maléficas/benéficas

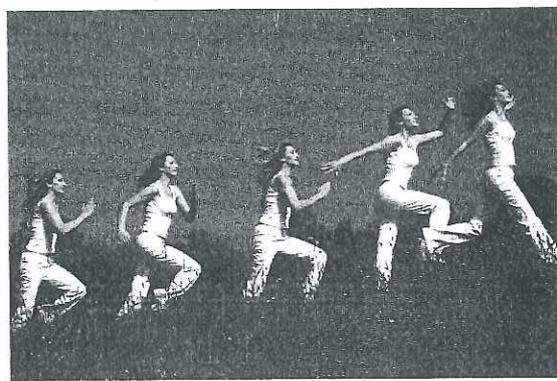
Uno de los más abundantes y recientes asuntos de interés científico entre soma y psique es el del “plexo” conceptual de este título, al mismo tiempo intuitivo y animoso, que lleva consigo la marca de la *health psychology*, multidisciplinaria e innovadora.

La literatura referente a la *globalidad inmunológica* (G. Cavallo, 1984; Clerici y Villa, 1987; Ruggieri, 1988) ve en el organismo una “buena y saludable” predisposición a vivir y a contrastar los agentes patógenos: psique y cerebro interactúan con las glándulas internas, estructurando “defensas”, que cabalmente van a “tutelar” la salud entendida en su conjunto. En la nueva inmunología, los términos “enfermedad, malestar, salud, bienestar” adquieren nuevos y profundos significados.

La base psicológica para la salud consiste esencialmente en hacer llegar al individuo a un *equilibrio emocional* (por medio de una eficaz percepción-evaluación-expresión de estos “movimientos” del alma); por tanto, resulta decisivo “sentir/sentirse” (mal/bien). Es indispensable otorgar peso e importancia a esta dimensión subjetiva de una manera obvia difícil de “objetivar” e indispensable en “construir salud con las emociones”.

Si se dosifican de manera adecuada —*in primis* mediante un apropiado estilo de vida e *in secundis* por medio de técnicas terapéuticas y preventivas “dulces”— factores orgánicos (endorfinas, cortisol, etcétera) y factores emocionales (dolor, vergüenza, rabia, deseo, culpa, tristeza, desengaño, esperanza, etcétera), la acción preventivo-promocional está en condiciones de llevar el organismo hacia nuevos niveles de autocontrol saludable.

Esta *catalización sinérgica* (entre mundo orgánico y mundo funcional) de la que la psicología de la salud es capaz se pone cual método natural y sin efectos colaterales negativos: siendo no iatrogénico y, a causa de su simplicidad y espontaneidad, da vida a una *self-regulation soft strategy* de amplio espectro.



La base psicológica para la salud consiste esencialmente en hacer llegar al individuo a un equilibrio emocional.

Life Skills for Health

Para hacer salud se necesitan habilidades, conocimientos y competencias en condiciones de concretizarse en “acciones hábiles”; se requieren instrumentos culturales operativos, “habili-

dades de vida" (en el estilo de vida, en el ciclo de vida) ya sea macro (sociales) o micro (individuales) (Argyle, 1981).

En la moderna psicología de la salud, se destaca el cuadro programático propuesto por la World Health Organization (1993). Dirigido a niños y adolescentes del ámbito escolar, el Life Skills Education (LSE) resulta enclavado en una rica serie de elementos. Es posible llevar la cultura de la salud en la cotidianidad de la escuela, utilizando una educación holística centrada en la psique y en la persona, en la integración social del ambiente humano, en la didáctica activa y participante y, en una manera obvia, en el tríptico "prevención-protección-promoción" (Bertini, Braibanti y Gagliardi, 1999). El problema más relevante, como siempre, es el de lograr estimular efectivamente la atención de los usuarios, para no hacer caer en el vacío la ya difícil solución de aquel otro problema, ya mencionado, consistente en la formación de operadores como auténticos y eficaces *health communicators*.

En todo caso, y por lo general, aquellos mismos elementos pueden ser construidos y aplicados en otros contextos más allá del escolar: familia, trabajo, tercera edad. Estas habilidades cubren una gama muy amplia.

- *Decision making* (la habilidad de tomar decisiones constructivas, evaluando las posibles opciones y sus efectos).
- *Problem solving* (la capacidad ya sea de resolver los problemas o de manejar los problemas sin solución).
- *Pensamiento creativo* (la habilidad de explorar alternativas, en particular yendo más allá de los condicionamientos dictados por la realidad, en dirección flexible e innovadora, respondiendo de manera adaptativa).
- *Pensamiento crítico* (la capacidad de analizar y sintetizar de manera objetiva informaciones, problemas y tentativas de solución).
- *Comunicación eficaz* (la habilidad de saber expresar y de hacerse comprender, transmitiendo significados independientemente del canal comunicativo y de los contextos culturales-situacionales).
- *Eficacia en las relaciones interpersonales* (la capacidad de interactuar con los otros de manera correcta, positiva y útil).
- *Autoconocimiento* (la habilidad de saber reconocerse a uno mismo, su propio carácter, sus propias virtudes, sus propias debilidades, sus propios proyectos y sus propios recursos).
- *Empatía* (la capacidad de escuchar profundamente a los demás "poniéndose en el lugar de ellos" y, por tanto, teniendo en cuenta aquello en lo que son diferentes a uno mismo).
- *Manejo de las emociones* (la habilidad de controlar las emociones propias y ajenas).
- *Manejo del estrés* (la capacidad de reconocimiento y *coping* de las formas y de los orígenes de tensión cotidiana).

La salud: *empowerment*, pensar positivo, ser asertivos, potenciarse, amarse, expresarse

Ampliando el discurso de las *life skills for health*, se pueden abarcar algunos instrumentos peculiarmente psicológicos (algunos de los cuales son sólo aparentemente banales, pues, en realidad, se hallan dotados de espesor científico y son muy eficaces en el plano práctico).

- *Empowerment* (la habilidad de controlar activamente la existencia para lo que "pone en condiciones de..." y "permite ser capaz de..." bien a uno mismo o a los otros individuos (Francescato y Tomai, 1999)).



- *Pensar positivo* (la capacidad de dar vida a constructos mentales en la que el *positive thinking* se combine con el *creative thinking*, dando vida a un bienestar cognitivo, antes aun que el emocional o el práctico).
- *Ser asertivos* (la habilidad de crear y afirmarse a uno mismo; también, de estar presentes situacionalmente y visibles socialmente, además, llegando a una correcta y equilibrada forma de liderazgo, *in primis* hacia uno mismo).
- *Potenciarse* (la capacidad de asumir fuerza, potencia, eficacia ejecutiva, seguridad, responsabilidad y equilibrio).
- *Amarse* (la habilidad, paradójicamente muy lejos de ser fácil para los seres humanos, de transmitirse afectividad hacia sí mismos: el sujeto que se ama sí mismo y que se hace bien a sí mismo).
- *Expresarse* (la capacidad de dar vida a una "dinámica" emocional que crea salud a través del descubrimiento y de la apertura de uno mismo; un auténtico *opening up/disclosure*: abrirse, hacerse sociable (Pennebaker, 1995 y 1997); una auténtica "expresión", concepto que proviene de la lengua latina: *ex-premere*, es decir, "apretar para hacer salir"; en definitiva, expresar/exprimir para hacer salir la salud).

La salud: autonomía, autoestima, optimismo, felicidad, serenidad, equilibrio, armonía, sabiduría

Continuando con lo mencionado en la sección anterior, existen en la *health psychology toolbox* otras habilidades algunas de las cuales se enlazan o se sobreponen parcialmente a otras derivadas de las de los párrafos precedentes. Aquí, también ellas son sólo aparentemente simples y simplistas... en condiciones de ser rigurosas y pragmáticas.

- *Autonomía* (la habilidad de ser propiamente individuos; es decir, personas que no dependen de otras, que no son pasivas).
- *Autoestima* (la capacidad de evaluarse a sí mismo de manera positiva y elevada, sin por esto perder la objetividad).
- *Optimismo* (la habilidad de producir y de aprovechar un estado emocional positivo, con la oportuna elección de "qué sentir al interior" para orientar de manera eficiente y eficaz el pensamiento o el comportamiento).
- *Felicidad* (la capacidad de crear anticuerpos mediante el "buen-humor" y de gozar de la vida, tanto en las grandes cosas como en las pequeñas (Ceccato, 1985; Argyle, 1987), de manera a veces generada espontáneamente y, otras, construida ingeniosamente).
- *Serenidad* (la habilidad de producir y proteger un estado interior de des-tensión, calma e imperturbabilidad).
- *Equilibrio* (la capacidad de establecer las proporciones justas entre las cosas: entre teoría y praxis, entre fines y medios, entre mundo interior y mundo exterior, entre corporeidad y espiritualidad, entre cotidianidad y transcendentalidad, etcétera).



La felicidad es la capacidad de crear anticuerpos mediante el "buen-humor" y de gozar de la vida, tanto en las grandes cosas como en las pequeñas.

- *Armonía* (la habilidad de dar vida a un estado de ánimo centrado en la “síntesis armónica”, según el modelo musical (y, por lo general, artístico), en el que la belleza y la estética nutren el alma).
- *Sabiduría* (la capacidad de integrar totalmente sanidad física y serenidad psíquica, por lo que la salud brota en forma natural del sereno-equilibrado-armónico funcionamiento del cuerpo, de la mente y del alma (Abbagnano, 1985; Peirone y Gerardi, 1992).

La identidad, pilar de salud

Last but not least: la última y quizá la principal habilidad básica, pero la más abstracta y difícil de comprenderse en cuanto entraña en sí misma a todas las otras es la construcción de la identidad.

Sólo la persona que se conoce dispone de las bases para aprender a conducir en forma eficaz su propia existencia. El antiguo principio griego “conócete a ti mismo” constituye el fundamento de la terapéutica, de la prevención de la enfermedad y de la construcción de la salud; desde hace siglos, el ser humano ha identificado el estrecho vínculo entre *self consciousness* y *health*.

El bienestar ahonda en sus propias raíces buscando y hallando aquellos puntos de referencia interiores que son indispensables para alcanzar la madurez y el equilibrio: ponerse en discusión, reconocer sus propios errores, superarse cotidianamente a uno mismo para perfeccionarse cada vez más... en otras palabras: dar vida a una sana, objetiva y creativa autocrítica. Todo esto confluye en el *proceso de autonomía/autogestión: hacerse sujeto (sujeto activo) de su propia salud* (Gerardi y Peirone, 1988; Peirone, 1991; Peirone, 2004a).

La búsqueda-realización de sí/de sí mismos/del Sí/de su propio verdadero Sí se funda en la plenitud de la persona. Mente + Alma = Psique. Por tanto, el concepto de “identidad/Sí” es entendido como una reflexión armónica de la psique sobre sí misma: la psique se mira al espejo y, mirándose, se percibe en su más profunda autenticidad. Difícil, muy difícil..., pero no imposible.

El bienestar: saludgénesis y saludtropismo

El acento puesto sobre el concepto de “bienestar”, —auténtico hilo conductor a veces manifiesto y, otras, escondido a lo largo de este ensayo— implica una precisión del mismo concepto.

Tratándose de un parámetro altamente psicológico y, por ello, empapado de subjetividad (Bradburn, 1969; Strack, Argyle y Schwarz, 1991), es muy importante comprender cómo nace “el objeto bienestar” y cómo se desarrolla, sobre todo en el sentido de ser construido en contextos de *coping* (Buunk y Gibbons, 1997).

Entonces, la definición se vuelve “bienestar cual atención del sujeto respecto de los procesos de saludgénesis y saludtropismo”.

El concepto de “génesis” reenvía al “cuándo” y al “cómo” del nacimiento de la salud en el organismo. El concepto de “tropismo” reenvía, a su vez, a la “acción/reacción” del organismo, el cual “se vuelve y se orienta” hacia un fin saludable y, a través de una “dirección”, da lugar a un “movimiento”. Entre todos estos términos llenos de sentido, es evidente el significado no sólo activo, sino operativo, de un bienestar que es activado a través de estrategias y tácticas.

Asimismo, piénsese en la revolución que de éste deriva en el ámbito de la relación paciente-usuario, con el salto de calidad “saludogénesis *vs.* patogénesis” y, también, en la eficacia de la saludogénesis como recorrido de salud positiva. El encuentro entre quien ayuda y quien es ayudado conduce hacia una terapéutica conversacional —a usar el lenguaje de



Lai (1985)— en donde la felicidad de ambos sujetos se erige un criterio-clave para alcanzar y evaluar la eficacia del tratamiento. La alianza terapéutica (Spinsanti, 1988) va hallar nuevas salidas mediante la calidad de la cura (Tiranti y Gattino, 1994).

La psicología de la salud procede, en efecto, por medio de *una visión positiva de la salud*, una visión encentrada sobre el bienestar, en donde tanto la génesis (nacimiento, en dirección de la salud) como el tropismo (movimiento, en dirección de la salud) resultan más constructivos que re-constructivos, más pre-paradores que re-paradores: de la *therapy* nos movemos al *coping-prevention*, y de la *cure* nos movemos al *care*.

Health Psychology: guidelines, nueva sensibilidad y más allá

Llegando a las conclusiones, en este ensayo se ha podido comprobar —aunque en síntesis— cuán ricos de contenidos e implicaciones son los temas que aquí se abordan. Las sobredescritas líneas-guía trazadas por la disciplina científica denominada “psicología de la salud” ven sobresaltar ya sea aspectos conceptuales y de método, ya aspectos de investigación empírica y de intervención práctica-aplicativa (Oblitas, 2006).

Como se sabe, el motor auténticamente operativo reside en la capacidad de realizar-construir una nueva sensibilidad (emocional-cognitiva), atenta a las cosas no-materiales, “sutiles” y abstractas (en particular: fenómenos y procesos culturales) y, también, a las cosas pequeñas, aparentemente de poca importancia (en particular, vida cotidiana, fenómenos ordinarios, eventos marginales).

Por costumbre, las cosas determinantes en vista de las tres finalidades para el *acercamiento saludable* (prevención, protección, promoción) son “pequeñas”, “ordinarias”, “poco visibles en cuanto banales y/o poco productivas”, “con baja proporción beneficios/costos”, “difíciles” y pertenecen a las *soft sciences*. En cambio, las cosas determinantes en vista del *acercamiento clínico* (diagnóstico y, sobre todo, terapéutica) son “extra-ordinarias”, “muy visibles en cuanto no banales y altamente productivas”, “con elevada proporción beneficios/costos”, “fáciles” y, a menudo, pertenecen a las *hard sciences*.

Así, tendrían que afinarse las calidades perceptivo-evaluables (ya sea de parte del especialista o de la gente común); de otro modo, algunas cosas no serían comprendidas.

He aquí por qué deben hacerse indispensables una técnica y un método y también una necesidad, coligados a una nueva sensibilidad por el *anthropos* (Peirone, 1987a). El nuevo “Ser Humano” que el mundo necesita debe ser comprendido y la psicología constituye el principal instrumento para tal comprensión. Por tanto, no está fuera de lugar afirmar que *la salud inicia en la psique*. Como también no está errada la aseveración que indica que *proyectar la salud implica proyectar la psique*.

Más sensibilidad = más salud.

Más conocimiento = más salud.

El mensaje aportado por la psicología de la salud es, en el fondo, muy simple: se trata de dar vida —*day by day & step by step*— a un nuevo “sentido” hacia las cosas del mundo y, en última instancia, hacia sí mismo.

La justa actitud hacia el “problema salud” consiste, en definitiva, en la sana convicción de que estamos enfrente a un sustancial “no problema”, por el que el sujeto humano, haciéndose activo y obrando con *calma interior profunda*, *aprende a administrar un estrés positivo que lo estimula a construir soluciones*.

¿Y además? ¿Qué nos reserva todo este conocimiento cultural y toda esta competencia científica aportadas por la *health psychology*? Tantos y graves son los problemas, pero las perspectivas están abiertas. El tercer milenio se ha abierto con desafíos gigantescos para la humanidad (de los problemas del hacinamiento a la no controlada movilidad geográfico-so-

cial, de las nuevas formas de hambre y enfermedad a las nuevas modalidades de conflicto entre seres humanos, del desequilibrio económico al terrorismo, del siempre más difundido malestar existencial al siempre más marcado malestar de la civilización).

¿En qué consiste, en síntesis, el futuro para el ser humano? Consiste, sustancialmente, en una obligada, animosa y responsable *challenge for health*.

