

Julio Alfonso Piña López
Sergio Alberto Beltrán Moreno
(Coordinadores)

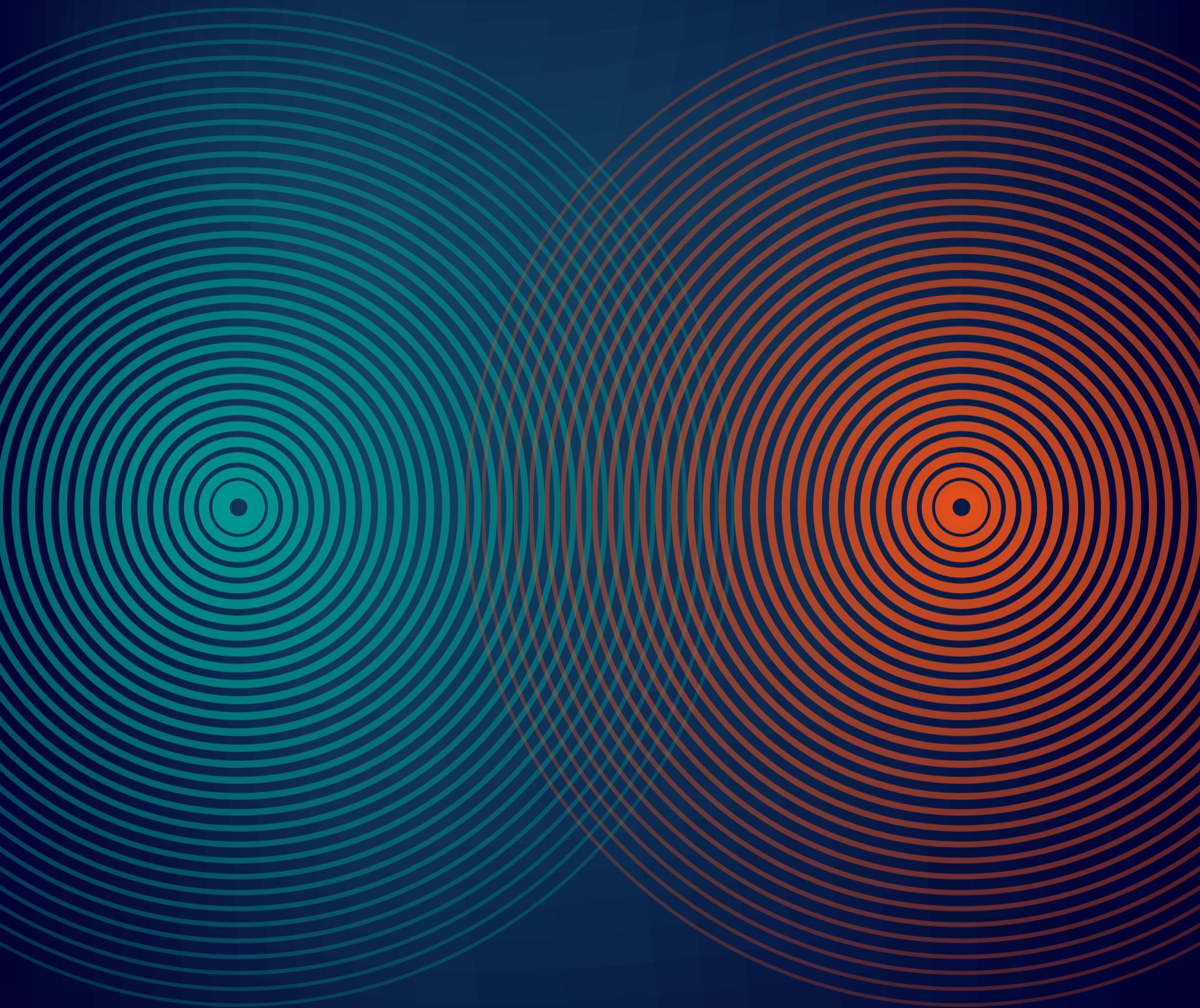
NUEVAS TENDENCIAS EN PSICOLOGÍA Y SALUD

Teoría, investigación y práctica profesional



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"

Qartuppi®



Julio Alfonso Piña López
Sergio Alberto Beltrán Moreno
(Coordinadores)

NUEVAS TENDENCIAS EN PSICOLOGÍA Y SALUD

Teoría, investigación y práctica profesional



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"

Qartuppi®

Revisión técnica

Dra. Karla Fabiola Acuña

Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación
Universidad de Sonora, México

Mtro. Rafael Bullé-Goyri Minter

Instituto de Investigaciones Psicológicas
Universidad Veracruzana, México

Nuevas tendencias en Psicología y Salud **Teoría, investigación y práctica profesional**

1era. edición, marzo 2021

ISBN 978-607-518-411-1

ISBN 978-607-8694-07-5

DOI 10.29410/QTP.21.07

D.R. © 2021. UNIVERSIDAD DE SONORA

Bvd. Luis Encinas y Rosales s/n, Col. Centro

Hermosillo, Sonora 83000 México

<https://www.unison.mx>

D.R. © 2021. Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

Villa Turca 17, Villas del Mediterráneo

Hermosillo, Son. 83220 México

<http://www.qartuppi.com>

Edición y Diseño: Qartuppi, S. de R.L. de C.V.

Diseño de Portada: Arym Susej Hernández Shepperd

Tabla de contenido

- 7** **Epígrafe**
- 8** **Prefacio**
- 11** **Capítulo 1**
Promoción de la salud sexual: revisión de las necesidades
y claves para la intervención preventiva
Cristina Giménez-García y Rafael Ballester-Arnal
- 33** **Capítulo 2**
La noción de salud: relevancia para la construcción del vínculo
entre la psicología y el campo de la salud
Francisco Morales Calatayud
- 52** **Capítulo 3**
La aplicabilidad de la teoría psicológica en el área de la salud:
el caso de la teoría de campo
Roberto Bueno-Cuadra
- 69** **Capítulo 4**
Programas académicos de psicología y salud en México:
desafíos para la supervisión clínica
*Nancy Patricia Caballero-Suárez, Carmen Lizette Gálvez-Hernández,
Ester Gutiérrez-Velilla y Silvia Monserrat Sánchez-Ramos*

- 86** **Capítulo 5**
La psicooncología en el modelo de la psicología de la salud: sus contribuciones
María del Carmen Llantá Abreu
- 108** **Capítulo 6**
Competencias del psicólogo de la salud en el contexto de la rehabilitación
y el ajuste a las enfermedades crónicas y los tratamientos
Julio Alfonso Piña López y Sergio Alberto Beltrán Moreno
- 127** **Capítulo 7**
Propuesta interdisciplinaria para abordar la diabetes mellitus tipo 2:
efectos de cuatro técnicas psicológicas
*María de Lourdes Rodríguez Campuzano, Antonia Rentería Rodríguez,
Norma Yolanda Rodríguez Soriano, Antonio Rosales Arellano
y Jorge Martínez Stack*

Epígrafe

Sin embargo, en el caso del comportamiento psicológico, es incorrecto aplicar los conceptos de “salud” y “mental”. Por una parte, el concepto de salud sólo tiene sentido en el ámbito de la biología como contraparte del concepto de enfermedad. Mientras que “salud” en el latín significaba “estar a salvo”, “enfermedad” significaba “falta de firmeza”, “debilidad”.

Recientemente, el binomio salud-enfermedad se convirtió en el eje de la profesión médica (y otras auxiliares), y a partir de los siglos XIX y XX influyó en las concepciones sobre comportamientos “fuera de lugar”, desde un punto de vista social, considerándolos también formas de padecimiento de la mente, como función del cerebro. La medicina, como lo examinamos [...], sustituyó a la demonología religiosa como preceptora y juez del comportamiento social de las personas. No hay conducta saludable o enferma, sólo hay conductas que pueden contribuir a la salud o enfermedad biológicas de la persona.

Emilo Ribes Iñesta

2018

Prefacio

En el concierto internacional y de acuerdo con datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades transmisibles —(ET, e.g., infecciones respiratorias, diarreicas e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], principalmente) y no transmisibles —(ENT, e.g., isquémicas del corazón, infarto agudo del miocardio, diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras) fueron responsables de poco más de 56.4 millones de defunciones en 2016 (OMS, 2018). Si bien es cierto que las ENT concentraron en este año el 72% de las defunciones registradas en todo el orbe, es necesario apuntar que entre los considerados como países con ingresos bajos, medianos y altos se observaron importantes variaciones en dicho indicador. Así, por ejemplo, en los primeros las enfermedades que sobresalieron como principales causas de mortalidad general fueron las respiratorias, las diarreicas, las isquémicas del corazón y el VIH/sida, mientras que en los países restantes lo hicieron las isquémicas del corazón, las infecciones respiratorias, el Alzheimer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Adicionalmente, no podemos pasar por alto que esas enfermedades son motivo, en la gran mayoría de los casos, de incapacidad permanente y de afectaciones severas en la calidad de vida en quienes las padecen, que precisan inequívocamente de su abordaje interdisciplinario en el seno de las propias instituciones de salud y en el contexto familiar.

Para entender mejor la magnitud de los retos que se vienen enfrentando desde prácticamente la mitad de la década que corre, en 2014 la propia OMS, en el conocido *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*, planteó un conjunto de metas a cumplir en el año 2025 (OMS, 2014), dentro de las cuales destacan las siguientes:

1. Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25%.
2. Reducción relativa del consumo de alcohol en un 10% y de tabaco en un 30% (en este caso en particular, en personas de 18 o más años).
3. Reducción relativa de la prevención de la actividad física insuficiente en un 10%.
4. Reducción relativa de la ingesta poblacional medida de sal o sodio en un 30%.
5. Reducción relativa de la prevención de la hipertensión en un 25%.
6. Detención del aumento de la diabetes y la obesidad.
7. Tratamiento farmacológico y asesoramiento de al menos el 50% de las personas que lo necesitan, de cara a prevenir ataques cardiovasculares y accidentes cerebro vasculares.

¿Y qué tienen en común estas metas planteadas por la oms? Que en todos los casos se relacionan, en su forma y su fondo, con las personas comportándose en lo individual. Y cuando las personas se comportan en estos términos estamos hablando, en concreto, de la conducta psicológica. Así, ante la ingente e impostergable necesidad de ofrecer alternativas para la prevención y control de las ET o las ENT en el contexto de su manejo clínico o familiar, la psicología está llamada a jugar un papel cada vez más importante en el ámbito de la salud. Como bien apuntó Ribes (1990) décadas atrás: todo aquello que tiene que ver con la salud y la enfermedad, pasa obligadamente por la conducta de las personas; esto es, por la manera en que se comporte en la cotidianidad con relación al cuidado, mantenimiento, pérdida y eventual recuperación de la salud.

No se puede *pensar* en la salud y la enfermedad, sin pensar en la conducta psicológica. Promover la salud, prevenir una enfermedad y hacerle frente en los contextos clínico y familiar cuando ya se le ha diagnosticado, supone como requisito *sine qua non* que antes hay que definir con precisión qué es lo psicológico en relación con la salud y la enfermedad; medir o evaluar con rigor metodológico a lo psicológico y cómo se vincula con procesos, estados o resultados biológicos y de la salud; no menos importante, investigar sistemáticamente qué y cómo es que las personas se comportan desde un punto de vista psicológico y, en particular, en qué forma la conducta psicológica determina que una persona finalmente se mantenga saludable el mayor tiempo posible, enferme y contribuya a su rehabilitación o cura definitiva —claro está, cuando ello sea factible de conseguir—.

La conducta psicológica, que sintetiza la forma en que las personas *dicen, sienten y hacen* en la cotidianidad, es sin duda un fenómeno complejo que a su vez involucra a distintos fenómenos, unos que son resultado de los cambios que operan merced a la ontogenia y otros que son resultado de la historia particular de cada persona —la individualidad— (Ribes, 2018). ¿Cómo se puede abordar teóricamente a lo psicológico y cómo se le tiene que relacionar con la salud y la enfermedad? ¿Desde un punto de vista psicológico, qué y cómo se tiene que medir o evaluar para promover la salud, prevenir una enfermedad o participar en el proceso de rehabilitación cuando ya se la ha diagnosticado? ¿Qué se tiene que investigar y qué tipos de estudios son los indicados para dar cuenta de cómo lo psicológico afecta el continuo salud-enfermedad? No son, como eventualmente se pudiera suponer, preguntas ociosas y carentes de sentido. Son, por el contrario, preguntas pertinentes y oportunas que los profesionales de la psicología tenemos que hacernos y, sobre todo, responder de manera puntual, si es nuestra intención volvernos participantes críticos, activos y propositivos en el ámbito de la salud, en el que justo se precisa de un esfuerzo de colaboración aditivo.

Hacia ese cometido apunta el contenido del presente libro, que recoge un total de siete capítulos que fueron preparados por psicólogos, todos con una vasta y probada experiencia en el ámbito de la salud en sus países de origen: España, Uruguay, Perú, Cuba y México. Dado el contenido de los capítulos, los hemos ordenado considerando si se centraban en propuestas o análisis relacionados con la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades o su abordaje

en el contexto clínico, incluyendo por supuesto las propuestas de corte teórico-conceptual, investigación o intervención.

*Julio Alfonso Piña López
Sergio Alberto Beltrán Moreno*

Referencias

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Las 10 principales causas de defunción*. Recuperado de <http://www.who.int>

Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

Ribes, E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: Una introducción a la teoría de la psicología*. México: El Manual Moderno.

Capítulo 1

Promoción de la salud sexual: revisión de necesidades y claves para la intervención preventiva

*Cristina Giménez-García y Rafael Ballester-Arnal**

La sexualidad, uno de los ámbitos más importantes y comprensivos del ciclo vital humano ha sido, al mismo tiempo, uno de los más desatendidos a lo largo de nuestra historia. Distintos factores han contribuido y siguen contribuyendo a su invisibilización y, por extensión, a su exclusión de los programas de atención sanitaria (Mansh, García, & Lunn, 2015). Y esto es todavía más cierto, desde una perspectiva de la promoción de la salud sexual o, al menos, desde un enfoque de prevención de riesgos biopsicosocial que, en líneas generales, no ha sido tenido en cuenta en los paradigmas biomédicos predominantes (Cabello, 2010). Esta situación resulta más grave si cabe, al hacer referencia a colectivos tradicionalmente excluidos, como podrían ser las poblaciones con diversidad funcional o afectivo-sexual (West et al., 2012). En consecuencia, el panorama actual continúa presentando múltiples retos de atención que, desde una visión integral de la sexualidad humana, requieren un esfuerzo desde las instituciones y por parte de los profesionales sociosanitarios.

Desde este marco, el presente capítulo busca reflexionar sobre el estado de la cuestión, así como sobre las propuestas de intervención que podrían dar respuesta, al menos, a parte de las problemáticas actuales y futuras. En este entramado, tal y como más adelante se expondrá, el compromiso de los profesionales de la salud sexual será fundamental. Más allá, uno de los desafíos que continúa en la actualidad, radica en consolidar la concepción de la salud sexual como un fenómeno global que incluya, además de la dimensión física, una amalgama de actitudes, creencias, deseos, fantasías, afectos y comportamientos que, tal y como propone Marina (2006), podrían permitir una expansión vital que promovería, desde una gestión saludable, un enriquecimiento global de las personas. De esta forma, se superaría la visión parcializada sobre su expresión, que ha dirigido el foco de atención a aspectos concretos de su vivencia, particularmente físicos, desatendiendo otros igual o incluso más importantes para el bienestar personal (Vilella, 2005). Una visión que, clásicamente, se ha basado en una tradición sociocultural que ha desterrado la sexualidad a

**Facultad de Ciencias de la Salud, Universitat Jaume I, Castellón, España.*

un plano privado de difícil acceso, muchas veces penalizado o relegado a los fines reproductivos (Johnson & Kolodry, 1987) y cuyas dolencias han sido atribuidas a comportamientos juzgados, moralmente, como reprobables.

Un enfoque que, en cierta medida, sigue vigente a tenor de las reacciones que fenómenos como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) han despertado en algunos sectores sociosanitarios, sufriendo los pacientes una mayor discriminación que los afectados por otro tipo de dolencias (Ballester & Edo, 2007; Chambers et al., 2015) u otros como la adicción al sexo que han despertado un mayor estigma, por la deslegitimación moral de los comportamientos sexuales (Short, Wetterneck, Bistricky, Shutter, & Chase, 2016).

También es cierto que, al mismo tiempo, desde los organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1998), se ha reconocido, al igual que se había hecho previamente con el concepto general de salud, una concepción teórica más inclusiva de la salud sexual, más allá de la ausencia de patología, que pasaría por la experiencia de un proceso pluridimensional de consecución de bienestar sexual físico, psicológico y sociocultural. Desde este parámetro, la calidad de vida sexual tendría en cuenta el amplio abanico de manifestaciones conductuales y actitudinales que a través de las influencias socioculturales y, en interacción con los factores biológicos, modularía aspectos tan importantes como la identidad sexual, la comunicación y el placer sexual, además de la reproducción (Cabello, 2010; Inman & Singh, 2002).

Dicha perspectiva podría acercarse más a la realidad, suponiendo un mayor reto para la atención sociosanitaria, al visibilizar una amalgama de ámbitos de abordaje que oscilarían desde los riesgos asociados a las infecciones de transmisión sexual o los embarazos no deseados, hasta el abordaje de las disfunciones sexuales o la adicción al sexo, pasando por la atención de la diversidad afectivo-sexual y, por extensión, por la promoción de la salud sexual en toda su extensión, complejidad y profundidad.

Análisis de necesidades en el contexto actual: a tenor de los datos

El abordaje de la sexualidad humana, al igual que el de otros ámbitos de la salud, debería fundamentarse en la identificación, comprensión y análisis de las necesidades vigentes en cada contexto. Esto permitiría discriminar aquellos factores que modulan la exposición al riesgo y, por extensión, la merma de la calidad de vida de las personas (Gil-Llario, 2013). En este sentido, y más allá de las particularidades de cada casuística, los estudios parecen encontrar algunos indicadores de necesidades globales que afectarían a gran parte de la población, dada su prevalencia, pero también por las consecuencias biopsicosociales que se derivan.

Por ejemplo, atendiendo a los riesgos físicos, la OMS (2016) remarca cómo cada día se producen más de un millón de infecciones de transmisión sexual (ITS). Si bien las más prevalentes parecen ser la clamidia o la sífilis, 500 millones de personas estarían afectadas por el Virus del Papiloma Humano (VPH). Unas cifras significativas que, en contra de disminuir, están en creciente aumento según los sistemas de vigilancia epidemiológica de países tan distantes como los Estados

Unidos de Norteamérica (Centers for Disease Control and Prevention, 2018) o España (Centro Nacional de Epidemiología, 2017). En el caso particular de la infección por el VIH, se estima que la cifra alcanza los 36.9 millones de personas a nivel mundial, y si bien en algunas regiones se ha mantenido o descendido, en otras como en Europa Oriental parece aumentar (ONUSIDA, 2018). En este panorama que arroja una cifra anual de 1.8 millones de personas infectadas en todo el mundo, la vía de transmisión sexual supone la más representativa a nivel global, concentrando un 95% de las nuevas infecciones en gran parte de las regiones. En este sentido, las conductas sexuales de riesgo serían un claro modulador de la incidencia de las nuevas infecciones, pero también de los embarazos no deseados (END) que, a nivel mundial, afectan a 16 millones de mujeres entre 15 y 19 años. Además, según la OMS (2018), las complicaciones derivadas del embarazo prematuro, representan la segunda causa de muerte en esta población.

Pero no solamente las afecciones físicas son un problema prevalente en la actualidad. Según autores como Mitchell et al. (2016), a nivel global un 15% de hombres experimentarían dificultades asociadas al orgasmo y un 12% se verían afectados por problemas de erección. Sin embargo, otros estudios arrojan prevalencias que ascenderían al 22.4% en países anglófonos y, en el caso de la población más adulta afectada por dolencias, hasta el 80% (Colson, Cuzin, Faix, Grellet, & Huyghes, 2018). En el caso de las mujeres, a nivel global entre un 15 y un 40% estarían afectadas por disfunciones sexuales (McCabe et al., 2016). En esta línea, estudios llevados a cabo en lugares tan distantes como China (Zhang, et al., 2017) y Holanda (Lammerink et al., 2017), se estima una prevalencia entre el 21 y 27% en relación con problemas de excitación, deseo u otros trastornos asociados al dolor.

Esta situación parece ser más compleja en poblaciones como el colectivo de lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e intersexuales (LGTBI), tal y como muestran Grabski y Kasperek (2017) en población masculina homosexual y bisexual que, además de recibir una atención menos ajustada a sus necesidades, continúa sufriendo discriminación y estigma social. Más todavía, en contextos como los Estados Unidos de Norteamérica, solamente el 12% de adolescentes (entre 13 y 17 años) dice haber recibido información adecuada sobre su salud sexual, mientras que alrededor del 73% reporta haber sufrido acoso y discriminación por pertenecer al colectivo LGTBI, llegando a sufrir agresiones sexuales en un 20% de los casos (Human Rights Foundation, 2018). En consecuencia, el 85% reconoce que experimenta malestar asociado a su sexualidad y alrededor del 75% dice no haber recibido apoyo familiar en esta experiencia. La situación parece similar en otros contextos como el mexicano, donde cuatro de cada 10 personas no conviviría con alguien homosexual y casi el 60% de la población LGTBI, de escasos recursos, denuncia la discriminación social como uno de sus mayores problemas (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación [CONAPRED], 2015). De forma paralela, de acuerdo con la Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) y el Colectivo LGTB+ de Madrid (COGAM) (2013), en lugares como España el 45% de la población LGTBI afirma haber sentido discriminación en su vida cotidiana, aumentando al 76% las personas que la han sufrido en el contexto escolar.

No obstante, el estigma y la exclusión en el ámbito de la sexualidad, también se extiende a otras poblaciones. En concreto, las personas con discapacidad intelectual sufren discriminación en el contexto de la atención social y sanitaria (Frawley & Wilson, 2016), pese a sufrir condicionantes de riesgo que les exponen con mayor probabilidad a fenómenos tan graves como las agresiones sexuales (Martinet & Legry, 2014). Algunos de los escasos estudios que existen al respecto, han mostrado en población holandesa adolescente cómo un 9.7% de los menores con discapacidad intelectual podrían haber sufrido agresiones sexuales. Cifra que, en el contexto español, ascendería a un 20% en el caso de las personas adultas (Giménez-García, Gil-Llario, Ruiz-Palomino, & Díaz-Rodríguez, 2017). En esta línea, algunos autores afirman que las personas con discapacidad intelectual tendrían un 4.6% mayor de riesgo de sufrir dichos abusos que las personas sin discapacidad intelectual (Jones et al., 2012).

Los abusos sexuales, a su vez, son una de las experiencias ligadas a otra de las problemáticas actuales como lo es la sexualidad compulsiva o adicción al sexo y, en particular, la adicción al cibersexo (Schwartz & Southern, 2000). Algunos estudios arrojan prevalencias de sexualidad compulsiva entre el 3 y el 27% (Derbyshire & Grant, 2015), siendo más elevada en los perfiles de riesgo —no clínicos (Ballester-Arnal, Castro-Calvo, Gil-Llario, & Gil-Julia, 2017)—. Por ejemplo, un estudio comparativo entre población mexicana y española (Ballester-Arnal, Gil-Llario, Giménez-García, Castro-Calvo, & López-Cárdenas, 2017) mostró que un 37.7% de hombres jóvenes españoles y un 18% de mexicanos presentaban un perfil de riesgo para la adicción al cibersexo, siendo en el caso de las mujeres del 20 y 6.2%, respectivamente.

Análisis de factores de riesgo y protectores de la salud sexual: una visión transversal

Ante esta situación, muchos esfuerzos se han centrado en descubrir qué factores podrían estar favoreciendo y manteniendo aquellas conductas que exponen a mayores riesgos para la salud sexual. Más allá de la individualidad de cada casuística, parecen existir algunos elementos en común en los diversos riesgos que, en interacción y desde múltiples niveles, modularían la experiencia de la sexualidad y, por extensión, la calidad de vida (Cabello, 2010).

En primer término, y en consonancia con algunos modelos clásicos de la conducta humana (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988), el conocimiento de la sexualidad constituiría uno de los factores fundamentales para el disfrute de la misma, aunque no sea suficiente en el desarrollo de las conductas y la configuración de las creencias que facilitan la acción. De esta forma, algunos estudios muestran la relevancia de la desinformación en la realización de conductas sexuales de riesgo para las infecciones de transmisión sexual o los embarazos no deseados (Brito, Davis, & Chakrabarti, 2014; Villegas-Castaño & Tamayo-Acevedo, 2013). Al mismo tiempo, la falta de información sería uno de los factores que facilitaría la experiencia de las disfunciones sexuales e, incluso, la no detección de la agresión sexual por parte de colectivos como las personas con discapacidad intelectual (Cabello, 2010; Díaz, Gil, Ballester, Morell, & Molero, 2014; Verdugo, Alcedo, Bermejo, & Aguado, 2002). En otros términos, esta falta de conocimientos, podría incrementar el

riesgo en nuevos contextos como las actividades sexuales online, exponiendo a daños asociados al sexting o el cibersexo (Bhat, 2017; Castro & Ballester, 2013).

También las creencias y actitudes, tal y como proponían Fishbein y Ajzen (1975), han mostrado modular las conductas sexuales de riesgo, en la medida en que han incrementado su práctica. En concreto, una menor percepción de riesgo ante la infección por VIH parece disminuir el uso de métodos preventivos como el preservativo (Berbesi, Segura, Cardona, & Caicedo, 2017), e incluso la detección precoz de la infección por VIH que, en países como España, resulta uno de los problemas más acuciantes respecto de la epidemia (Centro Nacional de Epidemiología, 2017). Al mismo tiempo, la percepción de riesgo de otras consecuencias como los embarazos no deseados, podrían minimizar el impacto de la percepción de gravedad asociada a la infección por VIH, dificultando el uso de medidas preventivas más comprehensivas, como el preservativo, en favor de otros métodos exclusivamente anticonceptivos, pero que no cumplen con la función de protección para las infecciones de transmisión sexual (van Schrojenstein, Rook, & Maaskant, 2011).

En estos términos, también resulta relevante la valoración que las personas realizan sobre las medidas preventivas. Por ejemplo, en la medida en que el preservativo o la barrera de látex se perciben como algo aversivo o costoso, disminuye la probabilidad de su uso (Sriprasert, Chaovitsaree, Sribanditmongkhol, Sunthornlimsiri, & Kietpeerakool, 2015). Por otra parte, dentro del campo actitudinal, también las valoraciones hacia la propia sexualidad juegan un rol fundamental. En concreto, actitudes erotofóbicas y más negativas hacia la sexualidad, aumentarían la probabilidad de realizar conductas de riesgo para las infecciones de transmisión sexual o los embarazos no deseados (Cruz, 2017). Al mismo tiempo, incrementarían el riesgo de sufrir disfunciones sexuales o dificultar el disfrute de la sexualidad (Cabello, 2010); más todavía, en aquellas personas que sufren homofobia internalizada y tienen dificultad para autoidentificarse comprehensivamente con su orientación sexual (Puckett, Newcomb, Garofalo, & Mustanski, 2017; Salmerón & Giménez, 2013).

Asimismo, en línea con lo que proponía la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1987), las habilidades sociales y destrezas motoras supondrían una pieza primordial en la realización de conductas sexuales seguras. Por ejemplo, aquellas personas que muestran más asertividad, así como más competencias para manejar métodos preventivos, suelen tener una mayor calidad de vida sexual y prevenir más eficazmente riesgos físicos y psicológicos (Atteraya, Kimm, & Song, 2014; Voisin, Hotton, Tan, & DiClemente, 2013). Igualmente, el incremento de destrezas y competencias sexuales para optimizar el bienestar de las interacciones sexuales, sería un elemento imprescindible en la prevención de las disfunciones sexuales (Salmerón & Giménez, 2013). En este contexto, además, las habilidades y competencias para gestionar los entornos discriminatorios incrementarían la calidad de vida sexual de poblaciones estigmatizadas como el colectivo LGTBI (Fry et al., 2017).

La literatura también ha mostrado la importancia de otras variables predisponentes como la búsqueda de sensaciones sexuales o la compulsividad sexual que parecen facilitar tanto la

exposición al riesgo a las ITS y el VIH, como a otros problemas relacionados con la adicción al cibersexo (Ballester-Arnal, Ruiz-Palomino, & Gil-Llario, 2017; Kalichman & Rompa, 2001; Laier, Pekal, & Brand, 2015). Dentro de este contexto, se ha observado cómo el bajo autocontrol y la impulsividad podrían favorecer conductas de riesgo casi en cualquier ámbito de la sexualidad (Antons & Brand, 2018). De esta forma, aquellas personas que regulan sus emociones y tienen más capacidad para posponer los refuerzos, tienen mayor facilidad para cuidar su salud sexual a nivel biopsicosocial (Laier et al., 2015). Asimismo, según algunos estudios, variables de personalidad como el neuroticismo o psicoticismo podrían incrementar la exposición al riesgo sexual de la infección por VIH o de embarazos no deseados, frente a otros rasgos protectores asociados con la amabilidad (Bello-Villanueva, Palacio, Rodríguez-Díaz, & Oviedo-Trespacios, 2015; Ruiz-Palomino, Ballester-Arnal, & Gil-Llario, 2015).

En este sentido, otras variables psicológicas como la falta de autoestima y autoeficacia también podrían estar relacionadas con una mayor probabilidad de experimentar disfunciones sexuales, una mayor dificultad para proponer conductas sexuales seguras y evitar intentos de coacción sexual o exponerse a una conducta de riesgo en el contexto de la sexualidad online (Ballester-Arnal, Gil-Llario, Ruiz-Palomino, & Giménez-García, 2013; Casey, Timmermann, Allen, Krahn, & LaPlant, 2009; DiClemente et al., 2008; Nelson, Zhao, Corrado, Mastrogianis, & Lepore, 2017). De igual forma, se ha observado que experiencias emocionales como la ansiedad o la depresión también incrementarían la posibilidad de realizar conductas de riesgo para la salud sexual física y psicológica (Paxton & Robinson 2008), así como una mayor probabilidad de exponerse a los embarazos no deseados (Stidham, Kusunoki, Gatny, & Barber, 2014). Dicha experiencia emocional, al igual que el aislamiento social y la soledad, también facilitaría la probabilidad de sufrir abusos sexuales en personas con discapacidad intelectual (Normand & Sallafranque-St.-Louis, 2016) o una mayor realización de actividades sexuales online de riesgo (Rial, Golpe, Isorna, Braña, & Gómez, 2018).

Por otro lado, algunos estilos de vida concomitantes, como podría ser el consumo de alcohol u otro tipo de drogas, se han relacionado con una mayor probabilidad de conductas de riesgo para la infección por VIH (Bayoumi et al., 2017; Scott-Sheldon et al., 2016) o los embarazos no deseados (Hand, Heil, Sigmon, & Higgins, 2015), así como otros problemas relacionados con las disfunciones sexuales o la adicción al cibersexo (Castro-Calvo, Ballester-Arnal, Gil-Llario, & Giménez-García, 2016; Wéry & Billieux, 2017).

Lógicamente, también existen factores contextuales que, en interacción con las características individuales, parecen modular la salud sexual (Gil-Llario, 2013). Entre los fenómenos más recientes, se ha observado en qué medida la aparición de las nuevas tecnologías ha incrementado las posibilidades de realizar conductas que aumentan los riesgos físicos y psicológicos, como podría ser la infección por VIH o la adicción al sexo (Griffiths, 2012).

Paralelamente, todavía persisten factores más clásicos como la tradición sociocultural de la sexualidad que, en muchos contextos, impide abordar este ámbito de la salud de manera visible e inclusiva. Ello dificultaría un modelado social saludable, estigmatizando cualquier aspecto relacio-

nado con la misma, desde la infección por el VIH hasta la adicción al sexo, pasando por la diversidad afectiva y sexual (Ballester, 2011; Gil-Llario, Giménez-García, Ballester-Arnal, Cárdenas-López, & Durán-Baca, 2016). Este proceso parece afectar, especialmente, a aquellos colectivos que no pertenecen a la norma social tradicional, ya sea por su edad, su nivel de autonomía e incluso por su orientación o identidad sexual (Guadarrama & González, 2013); aquí se situán las personas transexuales que resultan ser más vulneradas y tienen menor posibilidad de acceder a recursos (Poteat et al., 2015) o la población con diversidad funcional a la que, en ocasiones, ni siquiera se le reconoce su dimensión sexual (Martinello, 2014). En este sentido, también la desigualdad de género parece favorecer una mayor exposición al riesgo a las ITS como la infección por VIH o embarazos no deseados (Charlton et al., 2018; Cortopassi, Driver, Eaton, & Kalichman, 2019; Ramiro, Ramiro, Bermúdez, & Buela, 2018), así como a otras consecuencias como las agresiones sexuales (Canto, Perles, & San Martín, 2017). Esta experiencia de abuso, a su vez, podría facilitar la aparición de disfunciones sexuales, infecciones de transmisión sexual o embarazos no deseados (Charlton et al., 2018; Holliday et al., 2017), relacionándose también con el abuso del cibersexo (Schwartz & Southern, 2000).

Al mismo tiempo, las condiciones socioeconómicas del entorno y la proyección vital resultan elemento diferencial que, en espacios de escasos recursos, incrementarán la posibilidad de exponerse a riesgos asociados con las infecciones de transmisión sexual (El Maerrawi & Barbosa, 2014; Garofalo, Hotton, Kuhns, Gratzner, & Mustanski, 2016), los embarazos no deseados (Finer & Zolna, 2016), la cronificación de disfunciones sexuales o las propias agresiones sexuales (Pulerwitz, Mathur, & Woznica, 2018; Toska et al., 2017). En este contexto, el intercambio del sexo por dinero, sustancias o enseres, todavía ha sido asociado a una mayor exposición a riesgos como la infección por el VIH (Boyer et al., 2017; Heerde, Scholes-Balog, & Hemphill, 2015). Todas estas casuísticas interactúan en el desarrollo sexual de las personas, a lo largo de la geografía mundial, mermando su calidad de vida sexual. En consecuencia y dada la naturaleza psicosocial de buena parte de los factores moduladores, parece imprescindible, al tiempo que se trabaja en la mejora de los factores ambientales, fortalecer los esfuerzos en la intervención conductual para prevenir los riesgos asociados a la sexualidad y la promoción de la salud.

Intervención conductual para la promoción de la salud sexual: claves para su eficacia

En la actualidad, la atención a la salud sexual requiere un abordaje interdisciplinario que, atendiendo a los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores, promueva una conducta sexual responsable que evite la aparición de riesgos físicos, pero también psicológicos y sociales que maximice el bienestar y disfrute del sexo. Desde esta perspectiva, las intervenciones basadas en la conducta que han contextualizado su acción en el entorno sociocultural, han mostrado su eficacia en distintos contextos y ámbitos, al promover en las personas participantes los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para gestionar las situaciones de riesgo (Salmerón, Giménez, & Nieto, 2016). Unas situaciones en las que también se tendría en cuenta, en línea con el modelo

político-social (Gil-Llario & Gómez-Martínez, 2013), la importancia del acceso a los recursos de cada una de las poblaciones, estimando la cobertura y pertinencia de los mismos. Unas estrategias que, a diferencia de otras como las farmacológicas, no han generado efectos secundarios en las poblaciones participantes y han ido mejorando en sus fundamentos metodológicos, a partir de la validación empírica (Johnson, Scott-Sheldon, Huedo-Medina, & Carey, 2011). De esta forma, más allá de las características particulares de cada intervención, la literatura parece consensuar varios aspectos clave que favorecen la eficacia de las intervenciones preventivas y de promoción de la salud sexual.

A nivel conceptual, parece imprescindible que las estrategias conciban la sexualidad desde un punto de vista comprensivo y global que atienda a las particularidades evolutivas, así como a las características particulares de la socialización en la sexualidad (Bruess & Schroeder, 2014). Así pues, aquellas estrategias que se han centrado únicamente en la dimensión reproductiva y en la promoción de la abstinencia como método preventivo, parecen haber tenido menos eficacia en la reducción de riesgos como las ITS o los END (Chin et al., 2012) excluyendo, además, todas aquellas problemáticas como el desarrollo de la identidad sexual, la adicción al cibersexo o las disfunciones sexuales que podrían ser abordadas de manera transversal en cualquier tipo de programa preventivo (Ballester, 2011; McCarthy, 2005; Okomo, Ogugbue, Inyang, & Meremikwu, 2017). De esta forma, la evidencia confirmada en estudios anteriores en los que se proponía cómo la inclusión de más conocimientos asociados a la sexualidad como un fenómeno biopsicosocial, el trabajo de actitudes erotofílicas y la promoción de habilidades asociadas con el cuidado de la salud sexual física, psicológica y social favorecen las intervenciones más exitosas (Ballester, 2001; Ballester-Arnal, Nebot-García, Martínez-Gómez, Giménez-García, & García-Barba, 2018; Kirby & Coyle, 1997; McCarthy, 2005). Asimismo, resultan mejores aquellas intervenciones que se dirigen a etapas tempranas y consiguen promover la calidad de vida sexual y la prevención de riesgos físicos como las ITS o los END, o psicosociales como la discriminación por motivos de orientación sexual (Ball & Moore, 2008; Gil-Llario, 2013; Martinello, 2014; Minton, 2014). Así pues, la inclusión del abordaje sexual en la formación de cualquier persona, más allá de su etapa vital, incrementaría sus competencias para el autocuidado de su salud sexual sin generar efectos indeseados (y temidos desde tesis más tradicionales) como el adelanto del inicio de las relaciones sexuales o el incremento de las relaciones sexuales desprotegidas (Smoak, Scott-Sheldon, Johnson, & Carey, 2006).

Al mismo tiempo, aquellos programas que han sido fundamentados en los modelos que explican los comportamientos de salud y, sus variables asociadas, parecen ser más eficaces que los que no se basan en una guía teórica (Gil-Llario, Ballester-Arnal, Giménez-García, & Salmerón-Sánchez, 2014). Por ejemplo, en el caso de la prevención de las infecciones de transmisión sexual, aquellos programas que se han basado en las teorías sociocognoscitivas (Bandura, 1987; Bayés, 1995; Fishbein & Ajzen, 1975; Prochaska, Diclemente, & Norcross, 1992; Rosenstock et al., 1988) que visibilizan el rol de la autoeficacia, las creencias y actitudes hacia los riesgos, así como hacia las herramientas y hábitos preventivos, las habilidades sociales y destrezas motoras, además de la

norma subjetiva y estrategias de la regulación emocional y autocontrol, han tenido mayor éxito en la prevención de riesgos sexuales físicos como las ITS (Albarracín, Durantini, & Earl, 2006). Al mismo tiempo, estos han sido propuestos para la prevención de otras problemáticas como el abuso sexual en población con discapacidad intelectual (Khemka & Hickson, 2017) o la prevención de las actividades sexuales online de riesgo (Rial et al., 2018).

Dichos modelos podrían guiar la acción en la medida en que se adapten al entorno sociocultural de las personas participantes, a sus características y a las necesidades que plantean (Fonner, Armstrong, Kennedy, O'Reilly, & Sweat, 2014). Tan es así que, la adaptación al contexto, así como a las particularidades de la población receptora, ha resultado ser una variable fundamental para la eficacia de las intervenciones (Salmerón et al., 2016). Este aspecto que podría ser generalizable a cualquier abordaje preventivo, resulta más importante si cabe al abordar la salud sexual de la población por tratarse de un ámbito que, tal y como se ha comentado, todavía podría estar estigmatizado. En particular, cabría prestar atención a las poblaciones que, tradicionalmente, ha sido excluida de los programas de atención sociosanitaria como sería el colectivo LGTBI o con diversidad funcional (Mikton, Maguire, & Shakespeare, 2014).

En dicho entramado, también parecen ser más exitosas aquellas estrategias que conceptualizan las conductas de salud como un proceso y no como un estado, integrando cada una de las variables en la medida que es necesario. Por ejemplo, en la línea de lo que proponen autores como Prochaska et al. (1992) serían más eficaces aquellos programas que proporcionan la información cuando no se conocen los riesgos o medidas preventivas, favorecen la toma de decisión si no existe un compromiso previo con el cambio conductual o facilitan la práctica de habilidades y el refuerzo de la motivación cuando dicho compromiso está adquirido, pero falta la generalización y el mantenimiento. Para ello, será fundamental que las alternativas y refuerzos propuestos tengan un valor intrínseco para las personas y las estrategias de cambio no se fundamenten, únicamente, en refuerzos extrínsecos que no dependan del individuo (Salmerón et al., 2016). Un planteamiento en el que, tal y como se comentaba, se han visibilizado contenidos actitudinales y procedimentales, que incluyen la interacción con el contexto de atención y, no solamente, la mera transmisión de información. Por ejemplo, en línea con McCarthy (2005), un modelo centrado en la prevención de disfunciones sexuales, abordaría el ajuste de expectativas sobre el desarrollo psicosexual, favoreciendo actitudes saludables e incrementando el conocimiento de técnicas y prácticas sexuales que favorezcan el placer. En conjunto, se propone una intervención en la que se aborden tanto los conocimientos, como las actitudes y las habilidades de una manera creativa que permita dar una retroalimentación adecuada del proceso de adquisición de competencias, así como del resultado incluyendo dinámicas como el juego de roles, la discusión grupal, técnicas de investigación y análisis, el modelado, el debate conceptual o ejercicios de regulación emocional (Martínez, Palmar, & Pedraz, 2014). Por ende, otra característica definitoria de los programas más eficaces, apunta a la inclusión de un aprendizaje significativo que parta de metodologías interactivas (Gil-Llario & Gómez-Martínez, 2013).

En este sentido, distintas experiencias señalan la necesidad de utilizar metodologías activas y participativas que posibiliten la interacción con la población receptora y la construcción y consolidación de conocimientos, actitudes y habilidades a partir del bagaje previo de las personas (Huedo-Medina et al., 2010). En este contexto, Ballester-Arnal, Gil-Llario, Giménez-García y Kalichman (2015) evaluaron la eficacia de distintas herramientas metodológicas para la prevención de la infección por el VIH, como la transmisión de información, la discusión actitudinal, el juego de roles, el uso autónomo de plataformas informativas *online* y la participación de una persona afectada, siendo esta última la intervención más eficaz. En esta línea, otros trabajos centrados en la prevención de la discriminación por motivos de orientación sexual, también han mostrado en qué medida el acercamiento a los estudios de caso y los testimonios directos puede mejorar la eficacia (Logie et al., 2019). Por el contrario, el uso de mensajes aversivos fundamentados en incrementar la percepción de gravedad y temor, resultaría ser lo menos efectivo si no está acompañado, al menos, de mensajes constructivos y preventivos (Ballester-Arnal et al., 2015).

Sin embargo, el uso de juego de roles y la discusión actitudinal han arrojado resultados positivos para el cambio de actitudes y la mejora conductual, no siéndolo tanto la exposición magistral o el uso de plataformas informativas online. No obstante, en la medida en que las herramientas virtuales son interactivas parecen ser efectivas, por ejemplo, a través del planteamiento de juegos, buzones de preguntas asesoradas por expertos, videos con modelado o con guías interactivos adaptados a la población participante, ya sea en páginas web o aplicaciones de dispositivos móviles (Guse et al., 2012). Así, cabría tener en cuenta la efectividad de nuevos escenarios de acción como los espacios online, desde los que puede incrementar la exposición de riesgos, pero también la inclusión de estrategias preventivas asociadas a fenómenos como el *sexting* o la discriminación por identidad sexual (Bhat, 2017).

Desde el enfoque del diseño metodológico y la planificación parece ser que, en la medida en que los objetivos, así como los contenidos y resultados de aprendizaje se definen de manera específica, medible y realista, las estrategias también han mostrado mejores resultados (Gil-Llario, 2013). Por el contrario, otros elementos como el contexto de la acción educativa no han mostrado ser tan relevantes, siendo eficaces intervenciones desarrolladas en espacios tan diversos como centros escolares, clínicas de atención primaria, servicios de planificación familiar, asociaciones o centros comunitarios (Ball & Moore, 2008). Respecto de la duración, la literatura parece acordar que un mayor tiempo de participación e inclusión en el programa podría optimizar la adquisición y mantenimiento de competencias, aunque algunas experiencias estiman una eficacia notable con programas breves que duran entre dos y ocho horas (Ball & Moore, 2008; Gil-Llario et al., 2014).

En cualquier caso, también es cierto que parece producirse un deterioro en los resultados a medida que se alarga el tiempo y la conducta adquirida se va relajando (Huedo-Medina et al., 2010). En ese sentido, serían mejores aquellos programas que contemplaran una intervención de seguimiento para consolidar, periódicamente, los avances conseguidos. Además, la inclusión de la evaluación, tanto de proceso como de resultado, también ha mostrado ser un elemento

diferencial (Gil-Llario, 2013; Salmerón et al., 2016). Es decir, aquellas estrategias que han abarcado la valoración de las necesidades y recursos psicosociales, así como la evaluación del proceso y resultados obtenidos, han conseguido mejores resultados y una mayor capacidad para implementar mejoras en su desarrollo, frente a las que no han prestado tanta atención a la evaluación (Wiley & Terlosky, 2000).

Igualmente, en la medida en que los programas se han planteado desde una perspectiva multicausal y multinivel han sido más eficaces. Por ejemplo, a través de un metaanálisis, Fonner et al. (2014) encontraron cómo aquellas estrategias preventivas que incluían acciones comunitarias involucrando a responsables familiares e instituciones educativas, facilitando el acceso a los recursos preventivos en los centros de salud y atención psicosocial, eran más efectivos. Esta premisa sería más relevante si cabe en aquellas intervenciones dirigidas a población vulnerable por el estigma como las personas con discapacidad intelectual o del colectivo LGTBI, dada la importancia de promover en el entorno la transformación de prejuicios hacia su propia sexualidad que supone uno de los factores mantenedores del problema (Fry et al., 2017; Khemka & Hickson, 2017).

El papel del psicólogo y del educador en la promoción de la salud sexual

Más allá de las consideraciones teóricas y el diseño de la planificación, el rol de las personas facilitadoras como emisoras del mensaje de salud parece ser fundamental para conseguir la eficacia de la intervención (Pérez, 2001; Pinazo, Palmar, & Martínez, 2014). A pesar de que algunos estudios pudieran proponer un perfil ideal, basado en las características sociodemográficas o la experiencia afectivo-sexual de los agentes de salud, parece que son otras las variables que podrían incrementar su eficacia (Giménez-García, Ballester-Arnal, Gil-Llario, & Salmerón-Sánchez, 2018).

Por un parte, resulta evidente la importancia de que el agente posea conocimientos ajustados y actualizados que permitan una comprensión global de la sexualidad y de sus múltiples dimensiones, además del reconocimiento del desarrollo evolutivo sexual y aquellos factores que modulan la exposición al riesgo físico, psicológico o social. No obstante, son varios los autores que denuncian la falta de conocimientos y competencias técnicas en el abordaje de la sexualidad, por ejemplo, en el ámbito de la diversidad afectivo-sexual (Human Rights Foundation, 2018) o en población con diversidad funcional (Kuemmel, 2017; Munro, 2011), llegando a dificultar la identificación de situaciones tan graves como el abuso sexual o el acceso a una información adecuada a las necesidades afectivo-sexuales de población adolescente.

Al mismo tiempo, parece escaso el conocimiento que parte de los profesionales de la salud tienen sobre los nuevos escenarios de interacción sexual, como los medios online (Bhat, 2017). Espacios que facilitan las manifestaciones de la hipersexualidad y la adicción sexual que, en muchas ocasiones, no resulta bien atendida dada la falta de conocimientos y habilidades en este ámbito específico (Short et al., 2016). Ante este panorama, más allá de las temáticas tradicionales asociadas con las infecciones de transmisión sexual, resulta imprescindible incluir otros contenidos en los currícula formativos de los profesionales sanitarios, y más especialmente de los psicólogos,

asociados con la expresión y desarrollo de la identidad sexual y el funcionamiento de la respuesta sexual, así como a las variables psicosociales que pueden modular su evolución y, en consecuencia, el bienestar sexual (Coleman et al., 2013).

Más allá del conocimiento, parece evidente el rol diferencial que unas actitudes inclusivas y comprensivas en cuanto a la identidad sexual, la orientación o la diversidad funcional juegan en el ejercicio profesional (Jabson, Mitchel, & Doty, 2016). De esta forma, será más fácil que se pueda dar respuesta a las demandas y necesidades e, incluso, crear el marco de confianza suficiente para las personas puedan plantearlas. Sin embargo, algunos estudios muestran en qué medida las personas transgénero, así como las mujeres lesbianas o los hombres homosexuales tienen mayor probabilidad de sufrir estigma y ver desatendidas sus necesidades por parte de los psicólogos o los profesionales sanitarios (Clift & Kirby, 2010; Grant et al., 2010; Sabin, Riskind, & Nosek, 2015).

De hecho, algunos profesionales reconocen que factores como la falta de tiempo, no priorizar las necesidades afectivo-sexuales, la incomodidad ante el tema o la vergüenza, dificultan la atención a la sexualidad de los pacientes (West et al., 2012). En este sentido sería urgente que, en los programas formativos, los profesionales revisen sus propias creencias y actitudes, desde una perspectiva comprensiva, que les permita ser conscientes de sus propios prejuicios y estereotipos para poder comprender la casuística de cada situación de manera integral y atender los factores desde una visión inclusiva, exenta de juicios morales que pudiera perjudicar a las personas con las que trabajan (Mansh et al., 2015; Short et al., 2016).

En este contexto, no solamente sería necesario que el profesional de la salud fuera consciente de su flexibilidad o se percibiera como un agente eficaz, sino también que las personas que acuden le atribuyeran una actitud de comprensión y confianza para sentirse seguras (Gil-Llario & Gómez-Martínez, 2013). En concreto, la percepción que las personas realizan sobre el grado de competencia y la intencionalidad de los profesionales resulta primordial. Esto es, en la medida en que las personas que reciben el mensaje perciben al agente de salud como una persona con conocimientos, habilidades y experiencias en la temática, le atribuirán credibilidad más fácilmente; una experiencia que, además, debe ser percibida como similar a la propia. En este sentido, la llamada educación de pares ha tomado un gran protagonismo en la medida en que se entiende que compartir características comunes como la edad, la condición socioeconómica, el género, la orientación sexual o el origen, puede facilitar la comunicación (Giménez-García et al., 2018).

Además, tal y como se comentaba, la intención que se percibe en el agente de salud de persuadir o convencer sería otro elemento que podría generar resistencias en los participantes de los programas, disminuyendo su nivel de implicación y apertura (Gil-Llario & Gómez-Martínez, 2013). Este aspecto que resulta fundamental en cualquier estrategia, es más importante todavía en contextos en los que la población receptora podría haber sufrido estigma por motivos tan distintos como su identidad sexual, su edad o su nivel de autonomía (Munro, 2011). De esta forma, aquellas personas que consiguen generar un mayor clima de confianza y respeto, tienen una mayor probabilidad de éxito en su rol de agentes de salud (Gil-Llario & Gómez-Martínez, 2013).

En este sentido, las competencias de comunicación suponen otro elemento diferencial en los profesionales de la salud. La prevención de riesgos y la educación para la salud constituye un proceso de comunicación en el que las personas facilitadoras, deben perfeccionar sus competencias en relación a la escucha activa y la empatía, mediante la expresión del lenguaje verbal, no verbal y para-verbal (Pinazo et al., 2014).

En líneas generales, dada la complejidad del desarrollo sexual humano y el reto profesional de promover el bienestar en este ámbito, parece necesario que los agentes de salud actualicen sus conocimientos y reflexionen sobre sus propias creencias y actitudes, así como sus habilidades técnicas y de relación interpersonal, con el fin de que puedan ser agentes de salud eficaces y contribuir a la mejora de la sexualidad de las personas con las que trabajan y, por extensión, a la promoción de su calidad de vida. La psicología y sus profesionales tienen mucho todavía que decir y que hacer en este ámbito tan importante de la vida de las personas, por lo que necesitamos más investigación que arroje luz sobre los múltiples condicionantes de la salud sexual y que establezca una base sólida sobre la que construir nuestras intervenciones.

Referencias

- Albarracín, D., Durantini, M.R., & Earl, A. (2006). Empirical and theoretical conclusions of an analysis of outcomes of HIV-prevention interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 73-78.
- Antons, S., & Brand, M. (2018). Trait and state impulsivity in males with tendency towards Internet-pornography-use disorder. *Addictive Behaviors*, 79, 171-177.
- Atteraya, M.S., Kimm, H., & Song, I.H. (2014). Women's autonomy in negotiating safer sex to prevent HIV: findings from the 2011 Nepal Demographic and Health Survey. *AIDS Education and Prevention*, 26, 1-12.
- Ball, V., & Moore, K.A. (2008). *What works for adolescent reproductive health: Lessons from experimental evaluations of programs and interventions*. *Child Trends*. Recuperado de https://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/03/Child_Trends-2008_05_20_FS_WhatWorksRepro.pdf
- Ballester, R. (2001). *VIH y SIDA: prevención y tratamiento psicológico*. Madrid: Klinik.
- Ballester, R. (2011, julio). Adicción al cibersexo: estatus nosológico, prevalencia y abordaje terapéutico. *Conferencia presentada en el v World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies*, Barcelona, España.
- Ballester, R., & Edo, M.T. (2007). Diferencias entre el perfil psicológico de los pacientes con infección por VIH y los pacientes oncológicos: ¿Una consecuencia del estigma asociado al Sida? *Infocop* (online), 1-6.

- Ballester-Arnal, R., Castro-Calvo, J., Gil-Llario, M.D., & Gil-Julia, B. (2017). Cybersex addiction: A study on Spanish college students. *Journal of Sex & Marital Therapy, 43*, 567-585.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Giménez-García, C., Castro-Calvo, J., & López-Cárdenas, G. (2017). Sexuality in the Internet era: Expressions of Hispanic adolescent and young people. *Sexual Addiction & Compulsivity, 24*, 140-155.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Giménez-García, C., & Kalichman, S.C. (2015). What works well in HIV prevention among Spanish young people? An analysis of differential effectiveness among six intervention techniques. *AIDS and Behavior, 19*, 1157-1169.
- Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., Ruiz-Palomino, E., & Giménez-García, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de Psicología, 29*, 76-82.
- Ballester-Arnal, R., Nebot-García, J.E., Martínez-Gómez, N., Giménez-García, C., & García-Barba, M. (2018, junio). Programa de Diversidad Afectivosexual y de Género de la Universitat Jaume I: una experiencia de educación para la salud universitaria. *Comunicación presentada en el IX Congreso Internacional de Psicología y Educación*, Logroño, España.
- Ballester-Arnal, R., Ruiz-Palomino, E., & Gil-Llario, M.D. (2017). Structural equation modeling test of an integrated model of Spanish youth's condom use. *AIDS and Behavior, 21*, 1407-1416.
- Bandura, A. (1987). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.
- Bayés, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayoumi, A., Kaul, R., Mazzulli, T., McGee, F., Rourke, S.B., Burchell, A.N., et al. (2017). Serosorting and recreational drug use are risk factors for diagnosis of genital infection with Chlamydia and gonorrhoea among HIV-positive men who have sex with men: results from a clinical cohort in Ontario, Canada. *Sexually Transmitted Infections, 93*, 71-75.
- Bello-Villanueva, A.M., Palacio, J., Rodríguez-Díaz, M., & Oviedo-Trespalacios, O. (2015). Correlación entre la personalidad y los factores de la Teoría del Comportamiento Planeado (TCP) en adolescentes escolarizados de 11-19 años del Caribe Colombiano. *Terapia Psicológica, 33*, 169-180.
- Berbesi, D.Y., Segura A.M., Cardona, D., & Caicedo, B. (2017). Índice de vulnerabilidad al VIH en población habitante de calle. *Enfermería Global: Revista electrónica Semestral de Enfermería, 16*, 154-181.
- Bhat, C.S. (2017). Proactive cyberbullying and sexting prevention in Australia and the USA. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools, 28*(1). <https://doi.org/10.1017/jgc.2017.8>
- Boyer, Ch., Greenberg, L., Chutuape, K., Walker, B., Monte, D., Kirk, J., et al. (2017). Exchange of sex for drugs or money in adolescents and young adults: An examination of sociodemographic factors, HIV-related risk, and community context. *Journal of Community Health, 42*, 90-100.
- Brito, M.O., Davis, M., & Chakrabarti (2014). A cross-national study to compare the knowledge, attitudes, perceptions of sexually transmitted diseases and the sexual risk behaviors of Latino adolescents. *International Journal of Adolescent Medicine and Health, 26*, 203-208.

- Bruess, C.E., & Schroeder, E. (2014). *Sexuality education, theory and practice*. Burlington: Jones & Barlett Learning.
- Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Síntesis.
- Canto, J.M., Perles, F., & San Martín, J. (2017). Culture of honour and the blaming of women in cases of rape. *Revista de Psicología Social*, 32, 80-107.
- Casey, M.K., Timmerman, L., Allen, M., Krahn, S., & LaPlant, K. (2009). Response and self-efficacy of condom use: a meta-analysis of this important element of AIDS education and prevention. *Southern Communication Journal*, 74, 57-78.
- Castro, J., & Ballester, R. (2013). Evaluación e intervención psicológica en adicciones: cocaína y cibersexo. En R.Ballester-Arnal & M.D. Gil-Llario (Coords.), *Psicología clínica de la salud* (pp.111-130). Suffolk: Pearson.
- Castro-Calvo, J., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., & Giménez-García, C. (2016). Common etiological pathways between toxic substance use, Internet and cybersex addiction: the role of expectancies and antisocial deviance proneness. *Computers in Human Behavior*, 63, 383-391.
- Centers for Disease Control and Prevention (2018). *Fact Sheet: Reported STDs in the United States, 2017*. Recuperado de <https://www.cdc.gov/nchhstp/newsroom/2018/2017-STD-surveillance-report.html>
- Centro Nacional de Epidemiología (2017). *Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual, 1995-2015*. Recuperado de https://www.sanitas.es/staraldia/media/star/documento/doc_vigilancia-its-1995-2015/vigilancia_its_1995_2015_def.pdf
- Chambers, L.A., Rueda, S., Baker, D.N., Wilson, M.G., Deutsch, R., Raeifar, E., et al. (2015). Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BMC Public Health*, 15(848), 2-17. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2197-0>
- Charlton, B.M., Roberts, A.L., Rosario, M., Katz-Wise, S.L., Calzo, J.P., Spiegelman, D., et al. (2018). Teen pregnancy risk factors among young women of diverse sexual orientations. *Pediatrics*, 141, 2017-2278.
- Chin, H.B., Sipe, T.A., Elder, R., Mercer, S.L., Chattopadhyay, S.K., Jacob, V., et al. (2012). The effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, human immunodeficiency virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the guide to community preventive services. *American Journal of Preventive Medicine*, 42, 272-294.
- Clift, J.B., & Kirby, J. (2010). Health care access and perceptions of provider care among individuals in same-sex couples: findings from the Medical Expenditure Panel Survey (MEPS). *Journal of Homosexuality*, 59, 839-850.
- Coleman, E., Elders, J., Satcher, D., Shindel, A., Parish, S., Kenagy, G., et al. (2013). Summit on medical school education in sexual health: report of an expert consultation. *The Journal of Sexual Medicine*, 10, 924-938.

- Colson, M.H., Cuzin, B., Faix, A., Grellet, L., & Huyghes, E. (2018). Current epidemiology of erectile dysfunction, an update. *Sexologies: European Journal of Sexology and Sexual Health*, 27(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2018.01.018>
- Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). (2015). *Día nacional de la lucha contra la homofobia: documento informativo*. Recuperado de https://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/DOSSIER%208%20MZO%20Dia%20Int%20Mujer_INACCCSS.pdf
- Cortopassi, A., Driver, R., Eaton, L., & Kalichman, S.C. (2019). A new era of HIV risk: It's not what you know, it's who you know (and how infectious). *Annual Review of Psychology*, 70, 673-701.
- Cruz, M. (2017). *Factores psicosociales y psicoeducativos que afectan el embarazo en adolescentes en el municipio de la romana* (Tesis Doctoral). Universitat de Valencia, España.
- Derbyshire, K.L., & Grant, J.E. (2015). Compulsive sexual behavior: A review of the literature. *Journal of Behavioral Addictions*, 4, 37-43.
- Díaz, I., Gil, M.D., Ballester, R., Morell, V., & Molero, R.J. (2014). Conocimientos, comportamiento y actitudes sexuales en adultos con discapacidad intelectual. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1, 415-422.
- DiClemente, R.J., Crittenden, C.P., Rose, E., Sales, J.M., Wingood, G.M., Crosby, R.A., et al. (2008). Psychosocial predictors of HIV-associated sexual behaviors and the efficacy of prevention interventions in adolescents at-risk for HIV infection: what works and what doesn't work? *Psychosomatic Medicine*, 70, 598-605.
- El Maerrawi, I., & Barbosa, H. (2014). Prevalence and risk factors associated with HIV infection, hepatitis and syphilis in a state prison of São Paulo. *International Journal of STD & AIDS*, 26, 120-128.
- Federación Estatal de Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales (FELGTB) y Colectivo LGBT+ de Madrid (COGAM). (2013). *Estudio 2013 sobre discriminación por orientación sexual y/o identidad de género en España*. Recuperado de <https://cogam.es/wp-content/uploads/2016/12/estudio-2013-sobre-discriminacion-por-orientacion-sexual-y-o-identidad-de-genero-en-espana.pdf>
- Finer, L.B., & Zolna, M.R. (2016). Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008-2011. *The New England Journal of Medicine*, 374, 843-852.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fonner, V.A., Armstrong, K.S., Kennedy, C.E., O'Reilly, K.R., & Sweat, M.D. (2014). School based sex education and HIV prevention in low-and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 9, e89692.
- Frawley, P., & Wilson, N.J. (2016). Young people with intellectual disability talking about sexuality education and information. *Sexuality and Disability*, 34, 469-484.

- Fry, V., Paige, M., Gordon, S., Matthews, D., Musgrave, G., Kornegay, M., et al. (2017). Developing a community-level anti-HIV/AIDS stigma and homophobia intervention in New York City: The project CHHANGE model. *Evaluation and Program Planning, 63*, 45-53.
- Garofalo, R., Hotton, A.L., Kuhns, L.M., Gratzner, B., & Mustanski, B. (2016). Incidence of HIV infection and sexually transmitted infections and related risk factors among very young men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 72*, 79-86.
- Gil-Llario, M.D. (2013). El diseño de programas de educación para la salud en contextos educativos. En R. Ballester-Arnal & M.D. Gil-LLario (Coords.), *Psicología clínica de la salud* (pp. 47-58). Suffolk: Pearson.
- Gil-Llario, M.D., Ballester-Arnal, R., Giménez-García, C., & Salmerón-Sánchez, P. (2014). Effectiveness of HIV prevention for women: What is working? *AIDS and Behavior, 18*, 1924-1933.
- Gil-Llario, M.D., Giménez-García, C., Ballester-Arnal, R., Cárdenas-López, G., & Durán-Baca, X. (2016). Gender, sexuality and relationships in young Hispanic people. *Journal of Sex & Marital Therapy, 43*, 456-462.
- Gil-Llario, M.D., & Gómez-Martínez, S. (2013). La educación para la salud: ámbitos y competencias del educador. En R. Ballester-Arnal & M.D. Gil-LLario (Coords.), *Psicología clínica de la salud* (pp. 39-46). Suffolk: Pearson.
- Giménez-García, C., Ballester-Arnal, R., Gil-Llario, M.D., & Salmerón-Sánchez, P. (2018). Peer-led or expert-led intervention in HIV prevention efficacy? A randomized control trial among Spanish young people to evaluate their role. *Health Promotion Practice, 19*, 277-286.
- Giménez-García, C., Gil-Llario, M.D., Ruiz-Palomino, E., & Díaz-Rodríguez, I. (2017). Abuso sexual y discapacidad intelectual: cómo identifican y valoran la experiencia las personas con discapacidad intelectual y los profesionales que les atienden. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*, 129-136.
- Grant, J.M., Mottet, L.A., Tanis, J., Herman, J.L., Harrison, J., & Keisling, M. (2010). *National Transgender Discrimination Survey Report on Health and Health Care*. Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force.
- Grabski, B., & Kasperek, K. (2017). Sexual problems in homo- and bisexual men—The context of the issue. *Psychiatria Polska, 51*, 75-83.
- Griffiths, M.D. (2012). Internet sex addiction: a review of empirical research. *Addiction Research & Theory, 2*, 111-124.
- Guadarrama, N.Z.N., & González, A.I.H. (2013). Influencia de las actitudes de los padres ante la educación sexual y la discapacidad intelectual. *Psicología y Salud, 22*, 195-203.
- Guse, K., Levine, D., Martins, S., Lira, A., Gaarde, J., Westmorland, W., et al. (2012). Interventions using new digital media to improve adolescent sexual health: A systematic review. *Journal of Adolescent Health, 51*, 535-543.

- Hand, J., Heil, S.H., Sigmon, S.C., & Higgins, S.T. (2015). Cigarette smoking and other behavioral risk factors related to unintended pregnancy. *Drug and Alcohol Dependence, 146*, e134.
- Heerde, J.A., Scholes-Balog, K.E., & Hemphill, S.A. (2015). Associations between youth homelessness, sexual offenses, sexual victimization, and sexual risk behaviors: A systematic literature review. *Archives of Sexual Behavior, 44*, 181-212.
- Holliday, C.N., McCauley, H.L., Silverman, J.G., Ricci, E., Decker, M.R., Tancredi, D.J., et al. (2017). Racial/ethnic differences in women's experiences of reproductive coercion, intimate partner violence, and unintended pregnancy. *Journal of Women's Health, 26*, 828-835.
- Huedo-Medina, T.B., Boynton, M.H., Warren, M.R., LaCroix, J.M., Carey, M.P., & Johnson, B.T. (2010). Efficacy of HIV prevention interventions in Latin American and Caribbean nations, 1995-2008: A meta-analysis. *AIDS and Behavior, 14*, 1237-1251.
- Human Rights Foundation (2018). *LGBTQ Youth Report*. Recuperado de <https://www.hrc.org/resources/2018-lgbtq-youth-report>
- Inman, A., & Singh, D. (2002). Cross-cultural perspectives on love and sex. En L. Burlew & D. Capuzzi (Eds.), *Sexuality counseling* (pp. 41-55). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Jabson, J., Mitchel, J., & Doty, S. (2016). Associations between non-discrimination and training policies and physicians' attitudes and knowledge about sexual and gender minority patients: a comparison of physicians from two hospitals. *BMC Public Health, 16*, 256.
- Johnson, V., & Kolodny, R. (1987). *La sexualidad humana 1*. Barcelona: Grijalbo.
- Johnson, B.T., Scott-Sheldon, L.A., Huedo-Medina, T.B., & Carey, M.P. (2011). Interventions to reduce sexual risk for human immunodeficiency virus in adolescents. A meta-analysis of trials, 1985-2008. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 165*, 77-84.
- Jones, L., Bellis, M.A., Wood, S., Hughes, K., McCoy, E., Eckley, L., et al. (2012). Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet, 380*, 899-907.
- Kalichman, S.C., & Rompa, D. (2001). The Sexual Compulsivity Scale: further development and use with HIV-positive persons. *Journal of Personality Assessment, 76*, 379-395.
- Khemka, I., & Hickson, L. (2017). Empowering women with intellectual and developmental disabilities to resist abuse in interpersonal relationships: Promising interventions and practices. En A.J. Johnson, J.R. Nelson, & E.M. Lund (Eds.), *Religion, disability, and interpersonal violence* (pp. 67-86). Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Kirby, D., & Coyle, K. (1997). School-based programs to reduce sexual risk-taking behavior. *Children and Youth Services Review, 19*, 415-436.
- Kuemmel, A. (2017). Abuse of persons with disabilities: Prevention and reporting. En P.M. Kleespies (Ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of behavioral emergencies and crises* (pp. 248-261). Nueva York: Oxford University Press.
- Laier, C., Pekal, J., & Brand, M. (2015). Sexual excitability and dysfunctional coping determine cybersex addiction in homosexual males. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 18*, 505-511.

- Lammerink, E.A.G., de Bock, G.H., Pascal, A., van Beek, A.P., van den Bergh, A.C.M., Sattler, M.G.A., et al. (2017). A survey of female sexual functioning in the general Dutch population. *Journal of Sexual Medicine*, 14, 937-949.
- Logie, C.H., Dias, L.V., Jenkinson, J., Newman, P.A., MacKenzie, R.K., Mothopeng, T., et al. (2019). Exploring the potential of participatory theatre to reduce stigma and promote health equity for lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) People in Swaziland and Lesotho. *Health Education & Behavior*, 46, 146-156.
- Mansh, M., García, G., & Lunn, M.R. (2015). From patients to providers: changing the culture in medicine toward sexual and gender minorities. *Academic Medicine Journal*, 90, 574-580.
- Marina, J.A. (2006). *El rompecabezas de la sexualidad*. Barcelona: Anagrama.
- Martinello, E. (2014). Reviewing strategies for risk reduction of sexual abuse of children with intellectual disabilities: A focus on early intervention. *Sexuality and Disability*, 32, 167-174.
- Martinet, M., & Legry, C. (2014). Sexual abuse and intellectual disability: Awareness for a better intervention. *Sexologies*, 23, 91-97.
- Martínez, O., Palmar, A.M., & Pedraz, A. (2014). La metodología de un proyecto de educación para la salud. En A.M. Palmar (Dir.), *Métodos educativos en salud* (pp.107-134). Barcelona: Elsevier.
- McCabe, M.P., Sharlip, I.D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A.D., et al. (2016) Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: A consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, 13, 144-152.
- McCarthy, B.W. (2005). Primary prevention and secondary intervention with sexual problems and dysfunction. *Journal of Family Psychotherapy*, 15, 15-25.
- Mikton, CH., Maguire, H., & Shakespeare, T. (2014). A systematic review of the effectiveness of interventions to prevent and respond to violence against persons with disabilities. *Journal of Interpersonal Violence*, 29, 3207-3226.
- Minton, J.S. (2014). Homophobic bullying: evidence-based suggestions for intervention programmes. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 6, 164-173.
- Mitchell, K.R., Jones, K.G., Wellings, K., Johnson, A.M., Graham, C.A., Datta, J., et al. (2016). Estimating the prevalence of sexual function problems: the impact of morbidity criteria. *The Journal of Sex Research*, 53(8), 955-967.
- Munro, J.D. (2011). A positive couple therapy model: improving relationships for people with intellectual disabilities. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities*, 5, 34-39.
- Nelson, D.B., Zhao, H., Corrado, R., Mastrogiannis, D.M., & Lepore, S.L. (2017). Preventing unintended pregnancy among young sexually active women: recognizing the role of violence, self-esteem, and depressive symptoms on use of contraception. *Journal of Women's Health*, 26, 352-360.

- Normand, C.L., & Sallafranque -St- Louis, F. (2016). Cybervictimization of young people with an intellectual or developmental disability risks specific to sexual solicitation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 29, 99-110.
- Okomo, U., Ogugbue, M., Inyang, E., & Meremikwu, M.M. (2017), Sexual counselling for treating or preventing sexual dysfunction in women living with female genital mutilation: A systematic review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 136, 38-42.
- ONUSIDA(2018). *Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida*. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). *Salud para todos en el siglo XXI. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS*. Recuperado de <http://www.famp.es/export/sites/famp/.galleries/documentos-obs-salud/SALUD-21.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Notas descriptivas: Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Adolescent pregnancy*. Recuperado de <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
- Paxton, K.C., & Robinson, W.L. (2008). Depressive symptoms, gender and sexual risk behaviour among African-American adolescents. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 35, 49-62.
- Pérez, R. (2001). Psicología de la salud. En S. Sáez, P. Font, R. Pérez & F. Marqués (Eds.), *Promoción y educación para la salud* (pp. 43-64). Lleida: Milenio.
- Pinazo, D., Palmar, A.M., & Martínez, O. (2014). El rol del educador en las intervenciones en salud. En L. Maciá (Dir.), *Métodos educativos en salud* (pp. 37-60). Barcelona: Elsevier.
- Poteat, T., Wirtz, A.L., Radix, A., Borquez, A., Silva-Santisteban, A., Deutsch, M.B., et al. (2015). HIV risk and preventive interventions in transgender women sex workers. *Lancet*, 385, 274-286.
- Prochaska, J., Diclemente, C., & NorCross, J. (1992). In search of how people change. Application to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Puckett, J.A., Newcomb, M.E., Garofalo, E., & Mustanski, B. (2017). Examining the conditions under which internalized homophobia is associated with substance use and condomless sex in young MSM: the moderating role of impulsivity. *Annals of Behavioral Medicine*, 51, 567-577.
- Pulerwitz, J., Mathur, S., & Woznica, D. (2018). How empowered are girls/young women in their sexual relationships? Relationship power, HIV risk, and partner violence in Kenya. *PLOS ONE*, 13, e0199733.
- Ramiro, T., Ramiro, M.T., Bermúdez, M.P., & Buela, G. (2018). Sexism and sexual risk behavior in adolescents: gender differences. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18, 245-253.

- Rial, A., Golpe, S., Isorna, M., Braña, T., & Gómez, P. (2018). Minors and problematic internet use: Evidence for better prevention. *Computers in Human Behavior, 87*, 140-145.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V., & Becker, J. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly, 15*, 175-183.
- Ruiz-Palomino, E., Ballester-Arnal, R., & Gil-Llario, M.D. (2015). Personality as a mediating variable in condom use among Spanish youth. *Journal of Health Psychology, 22*, 537-547.
- Sabin, J.A., Riskind, R.G., & Nosek, B.A. (2015). Health care 'providers' implicit and explicit attitudes toward lesbian women and gay men. *American Journal of Public Health, 105*, 1831-1841.
- Salmerón, P., & Giménez, C. (2013). Problemas relacionados con la orientación sexual y los trastornos sexuales. En R. Ballester-Arnal & M.D. Gil-Llario (Coords.), *Psicología clínica de la salud* (pp. 95-110). Suffolk: Pearson.
- Salmerón, P., Giménez, C., & Nieto, R. (2016). *La promoción de la salud: claves para su práctica*. Barcelona: UOC.
- Schwartz, M.F., & Southern, S. (2000). Compulsive cybersex: The new tearoom. *Sexual Addiction & Compulsivity, 7*, 127-144.
- Scott-Sheldon L.A.J., Carey, K.B., Cunningham, K., Johnson, B.T., Carey, M.P., & The MASH Reserch Team. (2016). Alcohol use predicts sexual decision-making: a systematic review and meta-analysis of the experimental literature. *AIDS and Behavior, 20*, 19-39.
- Short, M.B., Wetterneck, C.T., Bistricky, S.L., Shutter, T., & Chase, T.E. (2016). Clinicians' beliefs, observations, and treatment effectiveness regarding clients' sexual addiction and Internet pornography use. *Community Mental Health Journal, 52*(8), 1070-1081. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0034-2>
- Smoak, N.D., Scott-Sheldon, L.A., Johnson, B.T., & Carey, M.P. (2006). Sexual risk reduction interventions do not inadvertently increase the overall frequency of sexual behavior: a meta-analysis of 174 studies with 116,735 participants. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 41*, 374-384.
- Sriprasert, I., Chaovitsaree, S., Sribanditmongkhol, N., Sunthornlimsiri, N., & Kietpeerakool, C. (2015). Unintended pregnancy and associated risk factors among young pregnant women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics, 128*, 228-231.
- Stidham, K., Kusunoki, Y., Gatny, H., & Barber, J. (2014). Social discrimination, stress, and risk of unintended pregnancy among young women. *Journal of Adolescent Health, 56*, 330-337.

- Toska, E., Pantelic, M., Meinck, F., Keck, K., Haghghat, R., & Cluber, L. (2017). Sex in the shadow of HIV: A systematic review of prevalence, risk factors, and interventions to reduce sexual risk-taking among HIV-positive adolescents and youth in sub-Saharan Africa. *PLOS ONE*, *12*, e0178106.
- van Schroyenstein, H.M.J., Rook, F., & Maaskant, M.A. (2011). The use of contraception by women with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, *55*, 434-440.
- Verdugo, M.A., Alcedo, M.A., Bermejo, B., & Aguado, A.L. (2002). El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. *Psicothema*, *14*, 124-129.
- Vilella, A. (2005). Diferencias interculturales. Globalización de la sexualidad. Diversidad de la sexualidad. Problemas y dilemas interculturales. Perspectiva del usuario. Organización de servicios específicos. En J.J. de la Gándara & A. Puigvert (Coords.), *Sexualidad humana: una aproximación integral* (pp. 115-122). Madrid: Panamericana.
- Villegas-Castaño, A., & Tamayo-Acevedo, L.S. (2013). Prevalencia de infecciones de transmisión sexual y factores de riesgo para la salud sexual de adolescentes escolarizados, Medellín, Colombia, 2013. *Iatreia*, *29*, 5-17.
- Voisin, D.R., Hotton, A., Tan, K., & DiClemente, R. (2013). A Longitudinal examination of risk and protective factors associated with drug use and unsafe sex among young African American females. *Children and Youth Services Review*, *35*, 1440-1446.
- Wéry, A., & Billieux, J. (2017). Problematic cybersex: conceptualization, assessment, and treatment. *Addictive Behaviors*, *64*, 238-246.
- West, L.M., Stepleman, L.M., Wilson, C.K., Campbell, J., Villarosa, M., Bodie, B., et al. (2012). It's supposed to be personal: personal and educational factors associated with sexual health attitudes, knowledge, comfort and skill in health profession students. *American Journal of Sexuality Education*, *7*, 329-354.
- Wiley, D., & Terlosky, B. (2000). Evaluating sexuality education curriculums. *Educational Leadership*, *58*, 79-82.
- Zhang, C., Tong, J., Zhu, L., Zhang, L., Xu, T., Lang, P., et al. (2017). A population-based epidemiologic study of female sexual dysfunction risk in Mainland China: Prevalence and predictors. *Journal of Sexual Medicine*, *14*, 1348-1356.

Capítulo 2

La noción de salud: relevancia para la construcción del vínculo entre la psicología y el campo de la salud

*Francisco Morales Calatayud**

Como anuncia su título, este capítulo se enfoca en la noción de salud y su relevancia para la construcción del vínculo entre la psicología en tanto disciplina y el complejo, diverso y amplio campo de la salud. Es un tema que, en la psicología, ha generado mayor interés a partir del último tercio del siglo pasado, luego de la aparición de un área de especialización orientada a la salud en sentido abarcador y global, más allá de la tradicional dedicación a la mal llamada “enfermedad mental”.

¿De qué hablamos los psicólogos cuando nos referimos a la salud? ¿Hablamos todos de lo mismo? ¿Son suficientes las definiciones icónicas, como la casi universalmente aceptada del organismo internacional más reconocido en el tema, para servir de sustrato a la actividad académica y a las prácticas de los psicólogos en asuntos de salud? ¿En qué medida ha aportado la psicología a la construcción de una noción amplia y comprehensiva de salud?

Si bien lo antes dicho comprende un amplio tema que ha sido abordado durante varias décadas por los psicólogos, desde muy diversas perspectivas, hoy día resulta interesante revisarlo. No parece posible trabajar asuntos del campo de la salud desde la psicología sin tener una noción orientadora acerca de qué es eso que comúnmente se denomina salud, o al menos, una representación asumida acerca de los puntos que pueden estar en debate o sin tener en cuenta las posturas desde las que se proyectan profesionales de otras áreas del conocimiento con quienes los psicólogos frecuentemente interactuamos. Mucho menos posible parece ser que se puedan formar psicólogos sin que profundice en este tema, o tratándolo desde la superficialidad de definiciones muy generales o estereotipos cómodos a la tradición biomédica que predomina en los servicios de salud.

**Polo de Salud Comunitaria-Centro Universitario Regional del Litoral Norte (Sede Paysandú) y Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.*

La noción de salud: algunos antecedentes básicos

Es conveniente señalar, desde este punto, que se ha usado para este trabajo la palabra noción en la primera acepción que brinda el Diccionario de la Real Academia Española, como “Conocimiento o idea que se tiene de algo” (RAE, 2019), que se valora como más apropiada que otras palabras a veces usadas en asuntos como el que nos ocupa, tales como concepto, que se define en el mencionado diccionario como “idea que concibe o forma el entendimiento”, o como definición, que se asume (en el mismo diccionario) como “proposición que expone con claridad y exactitud los caracteres genéricos y diferenciales de algo material o inmaterial”. Con *noción* se pretende dar cabida a expresiones con niveles variables de estructuración, lo que permite dar cuenta de la mejor manera, de la diversidad de aproximaciones que se tienen en relación con la representación de qué se entiende por *salud*.

Realmente, antecedentes del pensamiento acerca de qué es la salud pueden encontrarse en diversos momentos a lo largo de la historia, vinculados unos a la filosofía y a las enseñanzas de notables estudiosos; otros como parte de expresiones religiosas; en tanto que los restantes con presupuestos de las prácticas médicas precientíficas. Por ejemplo, de la antigüedad clásica griega, que tanto peso ha tenido en la configuración de la cultura occidental, han trascendido las ideas hipocráticas del equilibrio de humores como base del bienestar de las personas y de las causas naturales como origen de las enfermedades (Resik, 1986). Los textos ayurvedas de la India de los siglos III y II a.C. también hablaban de la influencia del entorno, así como del equilibrio entre lo corporal y lo espiritual y del papel de los hábitos personales como fuente de salud (Jaimal & Williams, 2017; Morandi, Tosto, di Sordina, & dalla Libera, 2011). Los árabes de los siglos IX a XIII sostenían y renovaban las ideas y prácticas de la antigüedad clásica en relación con la salud (Guardo, San Martín, De Gracia, & Palma, 2008; Resik, 1986). Sin embargo, tales aportes, quedaron en el olvido en el largo oscurantismo del medioevo europeo.

Como efecto pendular, desde mediados del siglo XV la modernidad trajo entre sus cambios el interés por el estudio de la enfermedad y sus causas naturales, llevando progresivamente a la medicina a la condición de ciencia en las coordenadas, fundamentalmente, del empirismo como base del conocimiento. El cuerpo se hizo protagónico. Tener salud, entonces, quedó como una noción implícita de la condición en la que se encuentran las personas cuando no están en la condición de enfermas, como si salud y enfermedad fueran dos polos independientes, bien diferenciadas, contrarios o mutuamente excluyentes. En ese contexto, la salud ha sido entendida, sobre todo, como ausencia de enfermedad del cuerpo, mientras que la enfermedad presupone la existencia de un órgano dañado como sustrato. Surge en ese entorno la clínica moderna, como método de caracterización de la enfermedad de individuos concretos y como guía orientadora de la atención para la búsqueda de la curación. Es el momento del origen de lo que hoy denominamos *modelo biomédico*, que se fue consolidando en la misma medida en que alcanzaba mejores resultados en el manejo de las enfermedades, pero también en la medida en que se institucionalizaba la profesión médica, sus corporaciones, la formación en las universidades y se expandía la actividad de investigación.

Para mediados del siglo XIX la clínica médica estaba en un momento de esplendor en Europa y se desarrollaba la epidemiología como *clínica expandida*, dirigida a la comprensión de las enfermedades en los conglomerados humanos. En el último cuarto de ese siglo surge la teoría bacteriológica, lo que reforzó la idea de la causa biológica como determinante unívoca de la enfermedad, inaugurando así toda una era en la medicina, la que, entre sus impactos en la sociedad, tuvo el de representar el proceso de la enfermedad como el asedio de los gérmenes como ejército invasor al cuerpo como fortaleza, como se recuerda por Ribes (1990).

Algunos visionarios venían señalando desde fines del siglo XVIII que la salud depende de las condiciones de vida y de la situación socioeconómica del pueblo (e.g., Johan Peter Frank); ya para la segunda mitad del siglo XIX surgían nuevas voces como la de Rudolph Virchow, entre otros, reclamando atención sobre las condiciones sociales que generaban de enfermedades y muertes prematuras, como se documenta por Saforcada (1999). La mayoría de esas voces venían de la propia medicina, pero no alcanzaron entonces a contrarrestar el avance del modelo médico de base biológica o biomédico. Al mismo tiempo, la medicina adquirió en la práctica la hegemonía como disciplina en todo lo concerniente a los temas de la enfermedad y por extensión, de la indefinida condición de salud, cada vez más desdibujada y lejos de configurarse como un objeto del conocimiento. Este es, muy sintéticamente el panorama general presente en los tiempos en que se acostumbra a situar los comienzos de la psicología como ciencia; se volverá a este asunto más adelante.

Se puede considerar que no es sino hasta 1941 que se produjo una nueva mirada de la que surgieron las bases de la noción contemporánea predominante de salud, en la cual quedan implícitas valoraciones que aluden a lo psicológico y lo social. No es casual que su autor, Henri Sigerist, haya sido un médico que antes y después de formarse como tal, realizó otros estudios (como filología e historia) los que, se puede suponer, contribuyeron a formar su cultura global, así como su orientación hacia la relación entre la sociedad y la medicina y hacia la historia de esa disciplina. En una cita clásica, dice:

[...] Al igual que hicieron los antiguos romanos, y al igual que John Locke, pensamos la salud como una condición física y mental. *Mens sana in corpore sano* continúa siendo nuestro lema. Pero podemos dar un paso más allá y considerar la salud en un sentido social. Un individuo saludable es aquel que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente y se halla bien ajustado a su entorno físico y social, controla plenamente sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales —siempre que no excedan los límites normales— y contribuye al bienestar de la sociedad según su capacidad. La salud no es, en consecuencia, la simple ausencia de enfermedad: es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y una aceptación optimista de las responsabilidades que la que vida impone al individuo. (Sigerist, 1941, p.8)

Se puede opinar que en lo que plantea Sigerist se aprecia un fondo mecanicista, especialmente cuando habla de *equilibrio* y de *ajuste*, aun cuando un aporte principal en esta definición es que da a la salud un sentido social antes que individual. Otro es que sugiere una relación del individuo con el entorno. La salud es una condición social que se expresa en los individuos concretos, quienes, además, “contribuyen al bienestar de la sociedad según su capacidad” y muestran “una actitud alegre hacia la vida”.

Según Chaterji et al. (2002), el aporte de Sigerist fue tomado en el proceso fundacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), para producir la tan conocida definición de 1946 (que por tan conocida no se reproduce textualmente aquí), la que se centra en el completo bienestar, la unidad de las dimensiones física, mental y social, así como en distinguir a la salud como algo bien diferente en términos cualitativos, que se puede suponer como mucho mejor que la *simple* ausencia de enfermedad.

Se debe llamar la atención en el sentido de que esa definición es realmente el primero de los nueve principios que aparecen en el preámbulo de la declaración mediante la cual se deja constituida la institución. Ese primer principio puede ser mejor comprendido si se leen los ocho restantes, lo que es recomendable a quienes se interesan en el asunto de la evolución de la noción de salud (véase el texto de la declaración en OMS, 2020).

Lo que hasta entonces había sido una idea o noción enunciada por algún pensador, se postula en ese momento como una definición declarativa, respaldada por un organismo multilateral de alcance mundial (la OMS), que es el primero establecido por las Naciones Unidas como un ente especializado en un campo de la vida de la sociedad (en este caso el de la salud), con lo que también se estaba mostrando al mundo la prioridad dada por la ONU a la salud de los pueblos. Quedaba claro que la OMS tendría la misión de luchar contra las enfermedades en todo el mundo; sin embargo, da un paso adelante al adoptar a la salud en un sentido positivo como su ideal, proclamándola, además, como un derecho humano inalienable de todo individuo, independiente de su raza, religión, ideología y condición sociocultural (como se plantea en otro de los nueve principios de la declaración); algo que fue reforzado en 1978 en la *Declaración de Alma-Ata* (OMS, 1978), cuando la OMS se lanzó a una ambiciosa cruzada, la de la “salud para todos”, que muy pocos años después el neoliberalismo se encargó de hacer pasar al olvido.

Desde el punto de vista formal (y retomando el hilo conductor de este apartado), la definición que surge del primer principio que da base a la OMS, es sintética pero contundente, en línea con su intencionalidad. En un momento histórico como aquel (fin de la Segunda Guerra Mundial), resultaba oportuno y necesario afirmar el valor de la salud en tanto bienestar integral (físico, mental y social) y expresión de la condición humana. Otro de los nueve principios, entiende a la salud como base de la paz y la seguridad. En ese sentido, la conocida definición resulta más política que técnica. Entre las críticas que se han hecho desde la perspectiva de la epidemiología, se puede señalar la de Terris (1992), quien ha indicado que hablar de *completo bienestar* no es correcto, ya que la salud no es absoluta. Por su parte, otro epidemiólogo, San Martín (1984), considera que

más que un estado, el de la salud es un proceso dinámico y variable de equilibrio y desequilibrio entre el ser humano y su ambiente total.

Más allá de esas y otras críticas recibidas, esa definición opera hasta hoy como garante moral del derecho a la salud y como contrapeso de la avalancha *patocéntrica*, que continúa manifestándose en ciertos sectores notablemente influyentes de la medicina y las tecnologías relacionadas, particularmente aquellos cuyos intereses de mercado son los que prevalecen (entiéndanse las industrias de productos farmacéuticos y de equipos médicos, los servicios de atención médica privados, las empresas de propaganda de salud, etcétera). Para muchas personas en este mundo, realmente es letra muerta, ya que el derecho a la salud se vulnera de muy diversas maneras, desde modos groseros y directos, como negar o dificultar el acceso a servicios de atención de la enfermedad de los que depende la curación y la preservación de la vida, hasta modos menos directos o evidentes, pero no menos atentatorios del disfrute de ese derecho, como los daños de todo tipo al ambiente humano, los productos de consumo no saludables que impone el marketing, la estimulación de la violencia o la perpetuación de inequidades sociales, por citar solo unos cuantos ejemplos.

El de la salud y la enfermedad no puede ser un tema exclusivo de la medicina, pero tampoco de alguna ciencia específica. Es uno en el que debe converger una mirada absolutamente interdisciplinaria, que en general no es la que se produce, y por ende, que no es la que se presenta. Las disciplinas que se ocupan de objetos que se integran en el fenómeno salud deben participar en la articulación de su representación teórica, y al mismo tiempo, asimilar tal representación a sus investigaciones, sus teorizaciones, sus metodologías y sus prácticas en relación con los asuntos de la salud y las enfermedades, tanto para comprender su determinación (entiéndanse causalidad) como para interpretar y atender su expresión en los individuos concretos, los grupos, las comunidades y la sociedad en general. Está claro que, incluso una representación teórica de tal alcance, no existirá *ad aeternum*, no será estática, y que sus cambios se deberán en mucho a los avances producidos desde el conocimiento interdisciplinario.

Actualmente, los dos grandes modelos que en relación con la salud se configuraron en la modernidad, el de la biomedicina y el social sanitario, han tenido sus respectivas evoluciones. En rigor, más que modelos, han devenido paradigmas y así se referirá a ellos en lo adelante, ya que en su configuración se pueden encontrar dimensiones epistémicas, científico-técnicas, culturales, prácticas y sociales. El primero, esencialmente individual-restrictivo, como fue denominado por Saforcada, De Lellis y Moszobancyk (2006), se refuerza y diversifica alcanzando notables avances en el conocimiento de las bases biológicas de la salud, y al mismo tiempo, penetrando el espacio público con la ponderación de costosos recursos de diagnóstico y tratamiento de todo tipo, resultado de las ciencias y tecnologías llamadas *duras*, a disposición, por supuesto, de quienes cuentan con los medios para acceder a ellos. En ese paradigma, la noción prevaleciente de salud sigue siendo la de la ausencia de enfermedad, sin muchas precisiones; una suerte de producto adquirible mediante la voluntad de autocuidado y el acceso a los recursos de cura; la de enfermedad,

por su parte, un mal evitable o controlable si se cuenta con qué. Dentro de ese paradigma, cada cual es responsable de su salud; lo que hace o no hace poco tiene que ver con la salud de otros y este es un punto bien central en relación con lo psicológico. Las manifestaciones más definidas de este paradigma se dan en la práctica clínica, los hospitales con alta tecnología, la industria de los medicamentos, los seguros de salud, el culto a la eficiencia física, en la que es protagonista individual no está claramente puesto en contexto. No se debe obviar que también las ramificaciones de este paradigma pueden extenderse a la salud pública de maneras más o menos solapadas, ya sea mediante el debilitamiento de las acciones de promoción de salud y de los servicios participativos atención primaria en las comunidades, ya sea favoreciendo sistemas público-privados de atención clínico-hospitalaria que elevan el gasto público con acciones redundantes o de poca probada efectividad.

El paradigma social sanitario o salubrista, o social expansivo, está en un segundo plano, distante del anterior. Con menos presencia en el espacio público, salvo las excepciones que se pueden dar en escenarios nacionales o locales donde hay políticas reales de compromiso con la salud, en este paradigma se destaca la relevancia de los determinantes sociales de la salud como proceso global, el derecho a la salud, el peso de las inequidades (de acceso, de oportunidades de trabajo, educativas, de género, etcétera) como obstáculo al disfrute de ese derecho, y la vulnerabilidad a la enfermedad y a la discapacidad de los miembros de los grupos más desfavorecidos. Se concede importancia a la participación ciudadana en la exigencia del acceso a los recursos que conduzcan a una buena salud y a la gestión de los mismos, así como al compromiso de los prestadores de los servicios, sin dejar de lado el valor de los servicios clínicos curativos y su operación con el mayor grado de racionalidad. Asimismo, se apunta a valorar el abordaje interdisciplinario de los problemas, las metodologías cualitativas en la investigación social y el pensamiento crítico. Las expresiones tanto teóricas como prácticas son diversas en América Latina, destacando entre ellas la Medicina Social, la Salud Colectiva, y la Epidemiología Crítica, así como la Salud Comunitaria y Gestión de Salud Positiva (Saforcada & Moreira, 2014), propuesta esta última que nada tiene que ver, por cierto, con la muy superflua *salud positiva* que se deriva de la *psicología positiva*.

En la práctica real, estos paradigmas conviven, pugnan de muchas maneras, unas más visibles otras menos; también pueden tener infiltraciones y hasta influencias mutuas. Son paradigmas dentro de los cuales se mueven concepciones, enfoques disciplinares y de formación de recursos humanos, así como sistemas, programas, instituciones y servicios de salud con sus respectivas normativas que impactan en las prácticas concretas de profesionales y otros prestadores, usuarios y público en general.

La psicología difícilmente puede ser ajena a ese entramado.

La noción de salud y “lo psicológico”: notas sobre algunos antecedentes

Posiblemente, el significativo predominio de un entorno liderado por la medicina en el que el asunto de la salud se identificaba más con la situación de enfermedad que con el bienestar y la mirada holística sobre su proceso, influyó en que la psicología se mantuviera durante décadas en

una suerte de abstención en cuanto a reflexionar acerca de qué es la salud en general y sobre el papel de la disciplina en relación con este asunto desde una perspectiva global, no constreñida al asunto de la *enfermedad mental*.

Como se apuntó antes, en el último cuarto del siglo XIX se iniciaba la llamada era bacteriológica, un momento significativo para la generación del paradigma biomédico. Es la misma época en la que la psicología comenzaba su camino como disciplina que buscaba ser independiente de la filosofía y trataba de generar nuevos conocimientos basándose en una metodología científica y no en la especulación.

Los psicólogos pioneros, al parecer, estaban alejados de las consideraciones teóricas generales sobre la salud y la enfermedad; cuando más se pronunciaban con respecto de la llamada enfermedad mental o sobre las diferentes manifestaciones de malestar de expresión psíquica, que constituían claramente interés en atención a la necesidad de verter luz, desde una perspectiva novedosa y pretendidamente científica, sobre el problema comúnmente llamado *locura*, cuya interpretación estuvo fuertemente influida por siglos de oscurantismo, estigma y exclusión.

No se debe perder de vista que una buena parte de esos pioneros y desarrolladores de las primeras etapas de la psicología eran médicos, tales son los casos de Wilhelm Wundt en Alemania, y William James en Estados Unidos; en los países de América Latina, por los de Horacio Piñero y José Ingenieros, en Argentina, así como el de Enrique Aragón en México, por mencionar solamente ejemplos muy conocidos. Algunos de ellos compartían sus tareas de investigación y desarrollos conceptuales sobre psicología en la academia, con otras habituales de su profesión, casi todas claramente dedicados a la psiquiatría de entonces. Resulta muy razonable que buscaran, en el conocimiento psicológico emergente, respuestas para sus inquietudes profesionales. Lo hayan querido o no, pueden haber abonado el camino hacia privilegiar el vínculo de la psicología con el momento enfermedad dentro del proceso global de la salud, en particular con la enfermedad mental, generándose el sesgo que podría denominarse *psicopatocéntrico* que ha tenido la psicología en lo que respecta a los temas de salud hasta nuestros días.

Aparte de la psicología académica, en la misma época y desde la práctica médica neuropsiquiátrica, emergían teorizaciones derivadas de la atención clínica, que se planteaban como generalizaciones psicológicas, las que alcanzaron gran impacto en la cultura y en la configuración de la representación social tanto de “lo psicológico” como de la función de la psicología en la sociedad y de su vínculo con la enfermedad y la medicina. El psicoanálisis es el ejemplo más evidente en este sentido. Si la medicina, con siglos de trayectoria, no solo mantenía, sino que intensificaba su foco de atención en la enfermedad, no parece raro que en la etapa en que surgía la psicología como ciencia, la naciente disciplina también se enfocara en la enfermedad como un estado de malestar y disfuncionalidad, contradictorio o antitético del de salud. En particular, la naciente psicología se concentró en aquellas manifestaciones de enfermedad caracterizadas por expresiones de sufrimiento psíquico, problemas de conducta adaptativa, dificultades cognitivas y otras manifestaciones consideradas de manera generalizada e indiscriminada, para entonces, *patologías*.

La psicología *clínica* hace su aparición a fines del siglo XIX, como la primera rama aplicada de la psicología, precisamente para ocuparse de ciertas tareas relacionadas con las manifestaciones de *patología mental* señaladas. Hacia mediados del siglo XX, lo más próximo a una noción de salud que pueda haber emergido con algún aporte desde el pensamiento psicológico, es la de *salud mental*, la que fuera producida por un comité internacional de expertos (todos médicos) convocados por la OMS en 1950, en la que se la identifica como:

[...] una condición sometida a fluctuaciones debido a factores biológicos, psicológicos y sociales, que permiten al individuo alcanzar una síntesis satisfactoria de sus propios instintos potencialmente conflictivos; formar y mantener relaciones armónicas con terceros y participar en cambios constructivos en su entorno social y físico. (WHO, 1951, p. 4)

Además de su uso por la medicina (y especialmente por la psiquiatría), la noción de salud mental como algo segmentado de la salud en general, se convirtió en el faro o punto de referencia declarativo de la psicología clínica, aunque de hecho el devenir de esa área de especialización ha estado enfocado muy marcadamente al estudio y atención la *patología de lo mental*, más que a la promoción de eso que se postula como salud mental.

Más tarde esa definición se tornó más sintética, por ejemplo, en documentos programáticos oficiales de la OMS aparece que “[...] la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (OMS, 2013, p. 42).

Es interesante observar que apenas unos pocos años después de que la OMS proclamara una definición global e integral de salud que incluye lo físico, lo mental y lo social, la propia organización lanzara otra definición que en rigor cuestiona tal integralidad, dando carta de naturalización como asunto independiente a un segmento de esa salud global (el mental). Con la mejor mirada, se podría suponer que lo que motivó al lanzamiento de la nueva *etiqueta* de salud mental, fue la necesidad de impulsar el accionar sanitario para transformar las pésimas condiciones en las que se encontraban numerosas personas en todo el mundo aquejadas de problemas de salud de expresión predominante mental, en cuya supuesta atención prevalecían prácticas muy precarias y hasta contraproducentes, así como el aislamiento y la exclusión social. En fin, más que a cuidados de salud, muchas de esas personas estaban expuestas a violaciones de sus derechos humanos.

Hablar desde la OMS de la necesidad de hacer de la salud mental un área particular de los servicios sanitarios, podría llevar el mensaje de dar prioridad a un problema tan relegado en las agendas públicas de los diversos países, este era el posible lado positivo; el riesgo era el de reforzar el dualismo cartesiano. Por otro lado, las lógicas manicomiales han sido muy resistentes y el problema de lo que en el mejor de los casos podría denominarse *lo mental en la salud*, sigue polarizado hacia la atención de las personas con problemas de salud de expresión predominantemente mental severos y persistentes.

Un hito significativo que transcurrió con poca repercusión externa en sus momentos iniciales y que encamina a la psicología hacia una visión más amplia de la salud, fue el que se produjo en Cuba en 1969. En el contexto de profundos cambios en la salud pública del país, surge un plan del Ministerio de Salud Pública (1969) para integrar la psicología amplia y plenamente al emergente Sistema Nacional de Salud, que para entonces se configuraba como un sistema único, integrado, accesible para todas las personas, con fuerte base en el primer nivel de atención, los centros de salud, las instituciones de las comunidades y la activa participación de la población; todo ello con un fuerte énfasis en promoción, prevención y atención temprana. En el documento programático de ese plan, que fuera escrito por jóvenes psicólogos, para fundamentar la propuesta, entre otras ideas, se afirmaba que:

[...] Si bien la concepción de la salud pública pretende el desarrollo integral del hombre con los recursos de la ciencia, en la mayor parte de los países, la práctica se ha reducido a organizar acciones para atacar procesos morbosos que se han desencadenado en el organismo y en el mejor de los casos, atajarlos en sus comienzos. (Ministerio de Salud Pública, 1969, p. 1)

Y continuaba más adelante con los siguientes párrafos sucesivos:

[...] La Salud Pública debe asumir la responsabilidad de conocer y dirigir los fenómenos de la realidad psicológica, con el mismo empeño con que enfrenta la realidad biológica. Para ello debe contar con la participación de los profesionales especializados, capaces de incorporar a la teoría y práctica de Salud Pública el sistema de conocimientos sobre los fenómenos psicológicos y sociales que manifiesta el hombre en su relación con los demás. El psicólogo, al formar parte del equipo de Salud, favorecerá la orientación integral de las acciones de Salud Pública que enfocará entonces al individuo, tanto en sus aspectos somáticos como en los psicológicos y sociales. Además, por su base en Psicología Clínica y Social, es el profesional indicado para desarrollar los cinco niveles de prevención en lo concerniente a la salud psicosocial (promoción de salud, protección específica, diagnóstico y tratamiento precoz, limitación del daño y rehabilitación haciendo énfasis en los dos primeros niveles). (Ministerio de Salud Pública, 1969, p. 1)

Claramente, en tales párrafos no hay explícita una noción de salud, mucho menos una argumentación psicológica de la misma, pero lo disruptivo con respecto a lo predominante para la época es que por la psicología se incorpora la idea de la salud pública como promotora del desarrollo integral del ser humano y que se realiza una crítica a la centralidad en la enfermedad que ha predominado hasta entonces. Asimismo, se jerarquiza el lugar de lo psicológico en la salud y se

reclama un lugar para el accionar profesional de los psicólogos que va más allá de las tareas tradicionales relacionadas solo con la enfermedad mental y su atención, situando a la psicología en un escenario más amplio en línea con las ideas de *niveles de prevención* que entonces se abrían paso según lo propuesto por los epidemiólogos norteamericanos Leavell y Clark (1965). De hecho, esa iniciativa fructificó en una amplia proyección de trabajo en todo el país, como un modelo amplio y diverso de integración de la psicología al campo de la salud (García, 1980; Grau, Infante, & Díaz, 2012; Morales, 1997, 2011, 2016).

Los jóvenes psicólogos que promovían ese modelo de trabajo, estaban al tiempo familiarizados con lo que entonces se venía presentando como *Ciencias Sociales y de la Conducta* (García, 2010; Martínez, 1964), un área interdisciplinaria de conocimiento que los salubristas avanzados de la época promovían en América Latina. En la misma se buscaba integrar la psicología social, la psicología evolutiva, la antropología social y la sociología médica para abordar los problemas de la salud pública junto a disciplinas tradicionales de ese campo como la epidemiología y la higiene, siendo las Escuelas de Salud Pública de México y de Cuba, instituciones avanzadas en ese empeño.

Ciencias Sociales y de la Conducta como abordaje interdisciplinario, proponía una aproximación más amplia de la psicología al campo de la salud que la se tenía, en general, en la época. Estaba pensada para funcionar como una materia para la formación de recursos humanos para el trabajo salubrista (médicos higienistas, epidemiólogos, administradores de servicios de salud, estadísticos de salud, enfermeras de terreno y técnicos sanitarios, entre otros). Lo que se buscaba era brindar herramientas para que los mencionados profesionales y técnicos abordaran el análisis, interpretación y solución de los problemas de salud que pudieran encontrar en sus territorios de futuro trabajo en diferentes zonas del país. Por supuesto, subyace en tal propuesta el reconocimiento de la determinación social de la salud y del componente de *factor humano*, evidentemente, en cierta disidencia con el modelo biomédico predominante. El hecho de que tales ideas hayan pasado de un espacio de enseñanza a un programa de trabajo para la psicología y los psicólogos en un sistema nacional de salud, que no solo generó un documento declarativo, sino una praxis real, como ocurrió en Cuba, es absolutamente pionero en la época; un salto cualitativo en la construcción del vínculo de la psicología con el campo de la salud.

En un contexto bien diferente al anterior, el psiquiatra estadounidense George L. Engel propuso en 1977 lo que llamó el *modelo biopsicosocial*, con la publicación de un artículo en la influyente revista *Science* (Engel, 1977). El artículo en cuestión postuló un nuevo modelo para la atención médica, que estaría destinado a superar las limitaciones del modelo médico tradicional, pero no planteó explícitamente en ninguna de sus partes una noción de salud. No pasa de ser una apelación a que se considere la perspectiva psicosocial en la interpretación de la situación de enfermedad y la atención de las personas enfermas. Una lectura del muy citado artículo muestra opiniones, muy atendibles, pero no se puede considerar ni siquiera como una propuesta de modelo holístico e integral de salud. Se menciona aquí porque, a tono con el tema que discutimos, curiosamente el pretendido modelo ha sido supuesto de algún modo como una aproximación que respalda el

desarrollo de la corriente hegemónica en las concepciones sobre el vínculo entre la psicología y el campo de la salud, que es la de la *Health Psychology* anglosajona (véanse e.g., Morrison & Bennett, 2008; Ogden, 2004; Taylor, 2015).

Los representantes de la llamada *psicología de la salud crítica*, sin embargo, tomaron distancia del modelo biopsicosocial, sobre la base, en términos generales, de su centralidad en el individuo en detrimento de los condicionamientos sociales de la salud, así como de su pretendida representación objetiva y normativizada de la misma como estado (Kugelman, 2003; Morrison, Lyons, & Chamberlain, 2017; Zlatonovic, 2017).

En nuestro entorno latinoamericano, se han hecho críticas importantes al modelo y a su pretensión de servir de base a una psicología de la salud. En este sentido, señalan Piña y Rivera (2006):

[...] Sugerir que la psicología de la salud se basa en un modelo biopsicosocial, suena a verdad de Perogrullo, toda vez que en estos momentos difícilmente alguien pondría en tela de duda que lo biológico, lo psicológico y lo social se encuentran íntimamente ligados. Un problema inadvertido y sobre el que ningún autor que se apoya en el modelo ha reparado, es que se pasa por alto que lo biológico y lo social comprenden un rango de fenómenos de mayor generalidad, en tanto que lo psicológico opera en sentido opuesto, es decir, lo psicológico no se aplica a lo genérico, antes bien, se aplica a lo individual. (Piña & Rivera, 2006, p.672)

La noción de salud: algunos desarrollos de psicólogos de América Latina

En nuestra región las reflexiones de psicólogos acerca de la noción de salud, han sido presentadas en libros y artículos de revistas, ya sea como un aspecto particular de un tema más general o relacionado, ya sea como el punto central al que se dedica el escrito. Hasta donde se alcanza a apreciar en la revisión hasta ahora realizada, las publicaciones al respecto se originan, mayoritariamente, a partir de la década de 1990. Se puede suponer que hay muchos otros aportes que no fueron publicados (e.g., trabajos en congresos), que circularon limitadamente como manuscritos y folletos, que fueron publicados y no han sido pasados a formato digital, o que lo fueron pero no están accesibles fácilmente en la web, por lo que una más sistemática labor de recuperación seguramente develará información relevante. No se ha realizado un estudio detallado que permita evaluar cómo las producciones identificadas han influido en aspectos significativos tales como el trabajo académico o las prácticas profesionales en los servicios. A pesar de las limitaciones señaladas, resulta interesante comentar algunas de esas producciones y la orientación de sus contenidos principales.

En 1989 se publica por el psicólogo cubano Reinaldo Pérez Lovelle, un libro de orientación eminentemente teórica, *La psiquis en la determinación de la salud* (Pérez, 1989). El autor plantea que su trabajo se refiere:

[...] al aporte de la instancia psíquica a las causas estructurales de todo lo relacionado con el estado de salud de los individuos (y de los grupos de la sociedad como un todo) sólo en la medida en que se componen de conjunto de individuos. (Pérez, 1989, p.23)

Considera a la salud como un conjunto de cualidades sistémicas, o una cualidad *polisistémica*, en la que concurren diferentes realidades (biológicas, psicológicas, sociales, económicas, etcétera). Desde su punto de vista, la salud sería al mismo tiempo: a) Ausencia de daño morfológico; b) Ausencia de limitaciones funcionales; c) Determinado nivel de bienestar subjetivo; d) Determinado nivel de bienestar social, y e) Determinado nivel de desarrollo de la personalidad, referido a la autorrealización de las potencialidades productivas de la personalidad y su autodomínio. Para cada una de estas cualidades, según propone, existe una línea de continuidad con un umbral, por encima del cual se puede hablar de salud y debajo del cual se puede hablar de enfermedad. La dinámica del paso de los umbrales podría denominarse *proceso salud-enfermedad*. Así, el nivel del estado de salud individual depende de las complejas interrelaciones de “este conjunto de cualidades, las que manifiestan una fuerte interdependencia” (Pérez, 1989, p.29). Este autor considera, a los efectos de su trabajo que:

[...] se entenderá por psiquis a la del individuo, la que se manifiesta en forma de personalidad concreta, cuyo núcleo y cualidad sistémica principal es el subsistema de regulación o instancia superior de toma de decisiones [...] De este modo, la cualidad sistémica salud interacciona con la cualidad sistémica personalidad. (Pérez, 1989, p.56)

El texto presenta un *modelo simplificado de las interacciones* que, de hecho, constituye un modelo psicológico de salud, cuya exposición detallada no es pertinente en los límites de este trabajo, pero que sin dudas resulta un planteamiento muy interesante que requiere una difusión más amplia que la que ha alcanzado.

En 1990, el psicólogo mexicano Emilio Ribes Ñesta, publica un libro que también tiene una orientación eminentemente teórica, *Psicología y Salud. Un análisis conceptual* (Ribes, 1990), el que, según expresa en su introducción, se puede caracterizar como el ejercicio conceptual de un psicólogo que intenta delimitar las aportaciones y dimensiones psicológicas en la problemática multidisciplinaria de la salud. En el primer capítulo, titulado “El ámbito psicológico de la salud”, el autor caracteriza las peculiaridades de lo que denomina modelo médico-biológico y modelo socio-cultural de la salud, entendiéndolas como concepciones con un rango de generalidad empírica de nivel muy distinto, que podrían vincularse a través de un eje mutuo, que es el del comportamiento humano “entendido como práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales” (Ribes, 1990, pp.14-15). En su argumentación se destaca que:

[...] el análisis psicológico no es un simple complemento del conocimiento biológico para entender el estado de salud-enfermedad de un individuo particular; constituye en realidad la dimensión en la que se plasma la individualidad de una biología particular como entidad ubicada en un entorno, y su estado continuo entre salud-enfermedad como componente integral y condición de una práctica interactiva permanente. (Ribes, 1990, p.15)

En este libro se desarrolla un modelo psicológico de salud, el cual, evidentemente, no puede ser expuesto en detalle en el marco de extensión de este capítulo. No obstante, cabe destacar su importancia como contribución a la comprensión de la influencia relativa de los procesos psicológicos en relación a la propensión a la enfermedad. Sobre el mismo también se han realizado nuevos desarrollos teóricos (Piña, 2008).

En la propia década, otro psicólogo cubano, Fernando Luis González Rey, publica *Personalidad, modo de vida y salud* (González, 1994), un libro que combina la orientación teórica, en la que se aborda el tema de la salud y la enfermedad en una perspectiva psicológica, con la exposición de resultados de investigaciones empíricas. Para este autor:

[...] la salud es un complejo proceso cualitativo que define el funcionamiento integral del organismo, integrándose de forma sistémica lo somático y lo psíquico, formando una unidad donde la afectación de uno actúa necesariamente sobre el otro. El concepto de salud debe considerarse más como un proceso que como un producto en la salud humana. La optimización en el funcionamiento de los diferentes sistemas del organismo, somáticos y mentales, garantiza tres aspectos básicos que deben integrar la comprensión de la salud. Estos son: a) experimentar bienestar, sentirse bien motivado hacia la vida con intereses definidos hacia actividades y personas concretas; b) ser capaz de autorregularse a partir de una cultura sanitaria efectiva; expresar un modo de vida sano, donde las actividades concretas que se realicen ayuden al proceso de optimización de las funciones; c) que el estado actual del organismo represente un momento esencial de organización futura de los procesos implicados. (González, 1994, pp.5-6)

El autor, en otros momentos de su exposición, es enfático en rechazar la idea de que la salud puede valorarse desde criterios de normalidad (como la media estadística), así como en argumentar que, por el contrario, es un proceso plurideterminado y en permanente desarrollo, considerando que es una integración funcional que a nivel individual se alcanza por múltiples alternativas diversas. El texto en general aborda otros asuntos de mucho interés en relación con los condicionantes sociales de la salud, así como con la personalidad y su relación con la enfermedad, que tampoco se exponen dados los límites de este capítulo.

Ya en el siglo actual han sido publicadas por psicólogos de nuestra región otras contribuciones. En algunos casos el tema está en el centro del documento, como en los trabajos de Burochovitch y Mednick (2002), Flores, Guazelli y Guareschi (2005), Juárez (2011) y Piña (2004, 2015). Por supuesto que cada una de estos aportes tienen sus propias especificidades y sus propios niveles de alcance y profundidad, pero todos tienen en común la intención manifiesta de enriquecer el trabajo teórico hacia la comprensión de qué es la salud desde la perspectiva psicológica o cómo integrar lo psicológico en la misma, como una necesidad o algo relevante para el desarrollo de la psicología en el campo de la salud.

En otras publicaciones, el tema de la salud y la enfermedad emerge como parte de trabajos dedicados a asuntos más generales, pero para nada desligados, como los dedicados a la relación entre la psicología y el campo de la salud (Arrivillaga, 2009; Mincoff & Lapa, 2006; Morales, 2015; Mucci & Benaim 2005; Piña, 2004; Ücker, Campio, & Tillet, 2007), al desarrollo de la psicología de la salud (Contreras, Londoño, Vinaccia, & Quinceno, 2006; Grau et al., 2012; Oblitas, 2008) y a la formación para la actuación en salud o el ejercicio profesional mismo (Chaves, Gomes, Russel, & Werner, 2005; Dimenstein, 2003; Mincoff & Lapa, 2005). Como parte de un análisis realizado sobre el contenido de estos y otros trabajos, para su ejercicio de grado en la Universidad de la República, Monzón (2016) valoró que en siete de los 12 artículos se partía de la definición tradicional de salud de la oms tradicional, pero incorporando algún elemento crítico o introduciendo alguna modificación, mientras que en cinco de los artículos se partía de una noción propia, con mayor o menor grado de estructuración.

Un caso particular e interesante, es la de la Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, en Argentina, cátedra que fuera fundada y dirigida durante años por el Prof. Enrique Saforcada, al frente de la cual se encuentra en la actualidad el Prof. Martín de Lellis. Se trata de una cátedra que, más allá de lo que indica su nombre que refiere solamente a la salud mental, ha sido un núcleo de debate, investigación, desarrollo teórico y formación de recursos humanos orientado al fomento de la psicología al campo de la salud, instalado en un medio poco proclive a este tema (dado el peso que en dicha institución académica tiene el psicoanálisis como teoría dominante y el modelo de práctica clínica individual que se deriva del mismo). De esa cátedra surgió una propuesta de definición de salud, como resultado de las discusiones en el colectivo docente organizadas y dirigidas por el Prof. Saforcada, de modo que la misma es la base orientadora de las actividades de la cátedra. La definición en cuestión es la siguiente:

Salud es la situación de relativo bienestar físico, psíquico, social y ambiental —el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia sociocultural determinada— considerando que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre las personas y sus ambientes humanos, teniendo en cuenta que estos componentes integran a su vez el complejo sistema de la trama de la vida. (Universidad de Buenos Aires, 2014, p.5)

Unos apuntes para finalizar

En este punto, vale volver a las preguntas que se presentaron en el inicio de este capítulo: ¿De qué hablamos los psicólogos cuando nos referimos a la salud? ¿Hablamos todos de lo mismo? Los psicólogos, en nuestras diferentes posiciones académicas y profesionales, en la investigación, la enseñanza y las prácticas relacionadas con asuntos de salud, formamos parte del creciente conglomerado humano del campo de la salud, dentro del que no estamos ajenos a las imprecisiones y limitaciones que comparte el campo. Una de ellas es la de la propia noción de salud, por lo que nuestras aproximaciones están expuestas a padecerlas y esto impacta en las tendencias del vínculo de la psicología y la salud.

Entonces es posible opinar que los psicólogos, hablamos de (o sin hablar claramente, asumimos implícitamente) contenidos diversos para la noción de salud. En otras palabras, estamos expuestos a las mismas corrientes de influencia que se dan en los sistemas de conocimientos y prácticas que se dan en el campo de la salud, así como a las debilidades y fortalezas de las diferentes condiciones académicas en las que se produce la formación de los psicólogos. Dado que el paradigma biomédico individual restrictivo es dominante, el sentido común indica que en buena parte de los psicólogos es ese el paradigma que más influye en su interpretación de las realidades y sus posturas. Por supuesto, es este tema para una interesante investigación.

La pregunta siguiente: ¿Son suficientes las definiciones icónicas, como la de la oms? No parece aventurado afirmar que no. Una parte de los psicólogos que se expresan sobre el tema en publicaciones se muestran críticos con esta definición, buscan nuevas perspectivas, e incluso aportan desarrollos teóricos novedosos, como mostró el trabajo de Monzón (2016). La definición internacional clásica, a pesar de sus virtudes, no brinda bases teóricas y metodológicas con valor heurístico suficiente para responder desde la psicología a las demandas que se derivan de los problemas de salud reales que se presentan en individuos, grupos, comunidades y en la sociedad en general.

La última de las preguntas planteadas (podrían haber sido muchas más), se refiere a la medida en que la psicología ha aportado a la construcción de una noción amplia y potente de salud. Se puede considerar que esa contribución está aún por realizar. La construcción de tal noción, como se ha dicho antes, no es asunto exclusivo de ciencia alguna. En el problema salud convergen los dominios de la naturaleza y de la sociedad, como también convergen en el comportamiento de los individuos. No son dominios ajenos ni mucho menos antitéticos, mantienen una interacción permanente. Por lo que, para el completo abordaje de la salud como objeto de conocimiento, se requiere un activo diálogo interdisciplinar que en la práctica es difícil de lograr, dados los compartimentos estancos que se generaron para las ciencias en la modernidad, los que siguen operando como fronteras, más por razones de intereses que epistémicas. Fomentar y enriquecer tal diálogo es imprescindible.

Con independencia de lo anterior, se considera que hay algunos asuntos que sería oportuno trabajar con mayor empeño desde la propia psicología. De relevante necesidad es el ejercicio de

la crítica de las posturas simplistas en relación con el lugar de lo psicológico en la salud, las que, como monstruo de las mil cabezas, aparecen en los más diversos espacios. Un ejemplo de esto, es cuando se enuncia que el “modelo” biopsicosocial es basamento adecuado y suficiente para la vinculación de la psicología con el campo de la salud, mientras se evade el reconocimiento y aplicación de los desarrollos teóricos y metodológicos alcanzados desde la propia psicología y disciplinas afines. Otro ejemplo es cuando la función profesional psicológica en equipos asistenciales se mimetiza con la médica y el psicólogo queda asimilado, a veces con su propia complacencia, en un rol subordinado, limitado a ciertas acciones asistencialistas. Un tercer ejemplo de postura simplista, es la enseñanza acrítica y descontextualizada de los preceptos del *mainstream* de la psicología de la salud anglosajona con absoluta naturalidad en algunos programas de formación de psicólogos. Es esperable que, en la progresiva construcción de una noción potente y abarcadora de salud, la psicología pueda no solo aportar de manera fecunda al debate interdisciplinario, sino que al mismo tiempo, pueda fortalecer su proyección y su desempeño práctico en un área de tanta significación para los seres humanos.

Referencias

- Arrivillaga, M. (2009). Psicología y salud pública: Tensiones, encuentros y desafíos. *Universitas Psychologica*, 8, 147-147.
- Burochovitch, E., & Mednick, B.R. (2002). The meaning of health and illness: Some consideration for health psychology. *PSICO-USF*, 7, 175-183.
- Chaterji, S., Ustün, B., Sadana, R., Salomon, J., Mathers, C., & Murray, C. (2002). The conceptual basis for measuring and reporting on health. *Global Program on Evidence for Health Policy Discussion. Paper No. 45*. Geneva: World Health Organization.
- Chaves, E., Gomes, S., Russel, R., & Werner, R. (2005). Psicologia da saúde-hospitalar: da formação a realidade. *Universitas Psychologica*, 4, 49-54.
- Contreras, F., Londoño, P. Vinaccia, S., & Quinceno, J.M. (2006). Perspectivas de la psicología de la salud en Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 24, 120-129.
- Dimenstein, M. (2003). Las (des)formas de la formación profesional del psicólogo en Brasil para desempeñarse en salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 13, 341-345.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Flores, P., Guazzelli, A., & Guareschi, N.M. (2005). O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2, 263-269.
- García, J.C. (2010). La enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36, 371-380.
- García, L. (1980). Psychology and Health Care in Cuba. *American Psychologist*, 35, 108-109.
- González, F. (1994). *Personalidad, modo de vida y salud*. La Habana: Félix Varela.

- Grau, J., Infante, O., & Díaz, J. (2012). Psicología de la Salud cubana: Apuntes históricos y proyecciones en los inicios del siglo XXI. *Pensamiento Psicológico*, 10, 83-101.
- Guardo, A., San Martín, G., De Gracia, A., & Palma, J. (2008). El despertar de la medicina árabe en la Edad Media: algunos de sus médicos. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 121, 10-18.
- Jaimal, Y., & Williams, L. (2017). A glimpse of Ayurveda – The forgotten history and principles of Indian medicine. *Journal of Traditional and Complementary Medicine*, 7, 50-53.
- Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70-79.
- Kugelman, R. (2003). Health in the Light of a Critical Health Psychology. *Psicología desde el Caribe*, 11, 75-93.
- Leavell, H.R., & Clark, E.G. (1965). *Preventive medicine for the doctor and his community. An epidemiological approach*. New York: McGraw-Hill.
- Martínez, P.D. (1964). La enseñanza de la ciencias de la conducta en la Escuela de Salud Pública de México. *Salud Pública de México*, 6, 513-519.
- Ministerio de Salud Pública (1969). *Plan de actividades para el psicólogo en el policlínico integral*. La Habana: Mimeo.
- Mincoff, V., & Lapa, E. (2006). A inserção da psicologia no sistema de saúde pública: Uma prática possível. *Revista do Departamento de Ciências Humanas e do Departamento de Psicologia*, 24, 161-174.
- Monzón, M. (2016). *La noción de salud desde la perspectiva de los psicólogos iberoamericanos* (Tesis de Licenciatura). Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Morales, F. (1997). *La psicología y los servicios de salud. Experiencias de trabajo en Cuba*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Morales, F. (2011). La investigación en psicología de la salud en Cuba: Experiencias y potencialidades. *Estudios de Psicología*, 16, 23-30.
- Morales, F. (2015). La psicología y el campo de la salud: Tensiones, logros y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7, 120-123.
- Morales, F. (2016). *Introducción a la Psicología de la Salud. Un análisis integral*. Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- Morandi, A., Tosto, C., di Sordina, P., & dalla Libera, D. (2011). Salutogenesis and Ayurveda indications for public health management. *The EPMA Journal*, 2, 459-465.
- Morrison, T., Lyons, A., & Chamberlain, K. (2017). Critical health psychology. applications for social action. En K.C. O'Doherty, & D. Hodgets (Eds.), *The Sage handbook of applied social psychology* (pp. 185-204). London: Sage Publications.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2008). *Psicología de la salud*. Madrid: Pearson Educación.

- Mucci, M., & Benaim, D. (2005). Psicología y salud. Caleidoscopio de prácticas diversas. *Psicodebate (Psicología, Cultura y Sociedad)*, 6, 123-128.
- Oblitas, G. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. *Avances en Psicología*, 16, 29-38.
- Ogden, J. (2004). *Health Psychology. A textbook*. New York: McGraw-Hill Education.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1978). *Declaración Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud*. Recuperado de http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Plan de acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <https://www.apps.who.int/gb/bd/s/index.html>
- Pérez, R. (1989). *La psiquis en la determinación de la salud*. La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Piña, J.A. (2004). La Psicología y los psicólogos en el sector salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 191-205.
- Piña, J.A. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica*, 7, 19-32.
- Piña, J.A. (2015). *Psicología y salud: Obstáculos y posibilidades para su desarrollo en el siglo XXI*. México: Universidad de Sonora.
- Piña, J.A., & Rivera, B.M. (2006). Psicología de la Salud: algunas reflexiones críticas sobre su Qué y su Para Qué. *Universitas Psychologica*, 5, 669-679.
- Real Academia Española (RAE). (2019). *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*.
- Resik, P. (1986). Evolución histórica de la interpretación causal de las enfermedades. *Revista Cubana de Administración de Salud*, 12, 50-66.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y Salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Saforcada, E. (1999). *Psicología sanitaria. Análisis crítico de los sistemas de atención a la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E., De Lellis, M., & Moszobancyck, Sh. (2006). *Psicología y salud pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires: Paidós.
- Saforcada, E., & Moreira, M. (2014). La enfermedad pública. *Salud & Sociedad*, 5, 22-37.
- San Martín, H. (1984). *Crisis mundial de la salud, ¿salud para nadie en el año 2000?* Madrid: Ciencia.
- Sigerist, H. (1941). *Medicine and human welfare*. New Haven, CT: Yale University.
- Taylor, Sh.E. (2015). *Health Psychology*. New York: McGraw-Hill Education.
- Terris, M. (1992). Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En Organización Panamericana de la Salud (Ed.), *Publicación Científica 540* (pp. 185-204). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Ücker, P., Campio, M., & Tillet, N. (2007). Psicología da saúde e psicologia positiva: Perspectivas e desafios. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 27, 706-717.

- Universidad de Buenos Aires (2014). *Cátedra I de Salud Pública y Salud Mental. Programa de la Asignatura*. Buenos Aires: Secretaria de Publicaciones de la Facultad de Psicología UBA.
- World Health Organization (WHO). (1951). *Mental health report on the second session of an Expert Committee*. Geneva: World Health Organization.
- Zlatanovic, L. (2017). Contemporary health psychology from a critical perspective. *Facta Universitatis*, 16, 163-174.

Capítulo 3

La aplicabilidad de la teoría psicológica en el área de la salud: el caso de la teoría de campo

*Roberto Bueno-Cuadra**

La psicología es una disciplina científica, delimitada y definida por un objeto de conocimiento, cuyo contenido está constituido por la teoría en que se formula dicho conocimiento. Por otro lado, el término *aplicación* tiene que ver con el desarrollo de actividades vinculadas a la identificación y solución de un determinado tipo de problema de importancia social. A partir de aquí, surge de inmediato la búsqueda de una posible conexión entre teoría y práctica, esto es, entre conocimiento y aplicación. En un texto clásico, Poffenberger (1942) ilustró varios dominios de lo que consideró psicología aplicada y, de manera interesante para la época, describió uno de aquellos campos de aplicación de la psicología: la prevención de las enfermedades. Pero, ¿qué se entiende por aplicación de la psicología? Hay dos concepciones usuales acerca de lo *aplicado*. Por un lado, puede referirse a lo que en términos de Kantor (1978) e Ibáñez (2007) corresponde a alguno de los denominados subsistemas aplicativos autónomos, referentes y de explotación. La diferencia entre estos subsistemas depende del grado de sistematización teórica alcanzado a partir de su propia práctica. Los subsistemas autónomos y referentes se abocan al uso de técnicas y procedimientos adquiridos únicamente a partir de la experiencia práctica, aunque, en el segundo caso, tal práctica puede derivar en alguna formulación teórica. Aquí es posible encontrar, incluso, formas de *psicología aplicada* donde lo que se aplica no es más que la psicología del sentido común (como se halla, por ejemplo, en muchos manuales prácticos de autoayuda, motivación, relaciones interpersonales, etcétera). En el caso de los subsistemas de explotación, existe ya un nivel organizado de investigación, aunque esta se dirige solamente a desarrollos que tienen un carácter utilitario.

Otro sentido usual de aplicación se desdobra en dos niveles. Uno de ellos corresponde a un área de investigación acerca de problemas de importancia social; por ejemplo, los vinculados a la

**Facultad de Psicología, Universidad Nacional "Federico Villareal", Lima, Perú*

salud (en estos casos, se habla a veces de ciencia aplicada y de investigación aplicada). El otro nivel es el de un área de actuación profesional en la que presumiblemente se emplean los conocimientos derivados de la investigación básica y aplicada, para resolver los problemas en cuestión. El término *psicología de la salud* parece englobar ambos niveles (e.g., Friedman & Adler, 2011; Smith, 2011). Como área de investigación, la psicología de la salud constituye un campo que correspondería a lo que Kantor (1978) denominó un subsistema aplicado de verificación. Los resultados de tales estudios podrían tener un impacto en la ciencia básica. En el campo de la salud, tales problemas conciernen, por ejemplo, a los factores que determinan la probabilidad de practicar conductas de prevención o de riesgo. En cuanto a *aplicación* como práctica profesional, las concepciones al uso mantienen que las teorías de la ciencia básica sugieren el diseño de estrategias y técnicas que pueden emplearse más o menos directamente en el análisis y solución de problemáticas de la vida cotidiana. Este es el caso de, por ejemplo, el denominado análisis conductual aplicado.

Los problemas socialmente significativos (educación, salud, vivienda, protección del ambiente, actividad productiva, etcétera) a los que se dirigen las áreas aplicadas comprenden necesariamente múltiples dimensiones, cada una de las cuales corresponde al nivel de análisis de una determinada disciplina científica. De ahí que estos campos de aplicación sean de naturaleza interdisciplinaria (lo interdisciplinario no se refiere al concurso de varias profesiones, aunque muchas veces se entiende así, sino de varias *disciplinas científicas*). En la medida que algunas de dichas problemáticas involucren el comportamiento de individuos, ella posee una dimensión psicológica. La propuesta del llamado *modelo* biopsicosocial (e.g., Morrison & Bennett, 2016) de la salud no constituye más que un reconocimiento de ese carácter multidimensional, interdisciplinario (modelo que, por lo demás, con los ajustes del caso, también sería válido en los campos educacional, organizacional y otros más). El problema fundamental es cómo representar apropiadamente la dimensión psicológica de la salud. Como cabría esperar, tal representación dependerá, en primer lugar, de la teoría psicológica aceptada.

La respuesta, por desgracia, proviene de alguna versión de dualismo mente-conducta, expresado como psicología cognoscitiva, psicología de la personalidad o psicologías cognoscitivas de la motivación. Sobre la estructura de estos *sistemas*, o de sus presupuestos, se elaboran *modelos* que responden a la necesidad de explicar e intervenir en determinadas áreas de la problemática social. En el campo de la salud, el desarrollo de estos modelos se justifica en la necesidad de contar con herramientas teóricas que guíen la acción profesional (e.g., la predicción, y por consiguiente el control, de conductas de riesgo o protectoras a nivel individual o del proceso de cambio conductual). Muchas publicaciones insisten en la importancia de la teoría (e.g., conceptos provenientes de las ciencias sociales o conductuales) en la efectividad de las intervenciones para promover cambios conductuales relacionados con la salud (Davis, Campbell, Hildon, Hobbs, & Michie, 2015; Glanz & Bishop, 2010; Kok et al., 2016). Es más, Davis et al. (2015) identificaron nada menos que 82 teorías referentes a intervenciones en salud provenientes de las ciencias sociales y de la conducta. Sin embargo, se puede apreciar que los modelos teóricos actualmente

en uso no siempre se aplican en toda su extensión ni favorecen necesariamente intervenciones más efectivas (Prestwich et al., 2014). Los modelos así creados parecen constituir un ejemplo de aplicación de una ciencia básica, en la medida en que tales modelos se construyen sobre la base de los conceptos desarrollados, o asumidos, por la o las psicologías teóricas vigentes.

Los modelos psicológicos en el área tienen una orientación social-cognitiva (Albery & Munafò, 2008; Conner & Norman, 2015; Wade & Halligan, 2004). Estos modelos parten de las concepciones tradicionales de lo psicológico, según las cuales la conducta es la resultante de factores internos que pueden ser puestos al descubierto mediante medidas realizadas desde la perspectiva psicométrica. No es nuestra intención aquí reseñar tales modelos ni abundar en sus debilidades conceptuales, asunto que por lo demás ya ha sido tratado de manera competente por otros autores (Moreno & Roales-Nieto, 2003; Piña, 2015b; Piña, Ybarra, Alcalá, & Samaniego, 2010). Solo hemos de resumir que el énfasis en los factores cognoscitivos consolida un reduccionismo con el mismo efecto en psicología de la salud que en la teoría psicológica general: soslayar o cuando menos menoscabar la importancia de variables históricas, situacionales, de estilos individuales de conducta e interpersonales en la explicación del comportamiento. La solución a ese reduccionismo ha sido, en algunos casos, la recurrencia al eclecticismo, resultando en modelos cada vez más inconsistentes en su estructura conceptual.

Por otro lado, tampoco incursionaremos en el análisis de si puede haber o no disciplinas científicas realmente aplicadas; entre ellas, una psicología aplicada, o, lo que es igual, una profesión psicológica. La simple expresión parece contradictoria. Me limitaré solo a recoger el planteamiento muchas veces sostenido por Ribes (y nuevamente remarcado en Ribes, 2018), según el cual las profesiones no son disciplinarias, sino interdisciplinarias. Una profesión no aborda problemas científicos, sino sociales. Sin embargo, como también insiste Ribes, lo que a las claras sí puede existir es una psicología *aplicable*. El conocimiento (científico) de la psicología es aplicable “no en la forma de una profesión o una interdisciplina, sino como contribución a la multidisciplina y a la interdisciplina en todos aquellos casos en que los objetos de conocimiento o de aplicación del conocimiento posean una dimensión psicológica” (Ribes, 2011, p.88). Es decir, la psicología puede aportar una teoría de la conducta potencialmente aplicable en el análisis de la dimensión psicológica de los problemas sociales antes mencionados y, a través de ese análisis, sugerir cursos de acción prácticos. En esas acciones, a su vez, confluirán múltiples aportes, algunos de ellos provenientes de la propia psicología y varios otros procedentes de distintas disciplinas científicas, así como de conocimientos tecnológicos teóricos y prácticos (Ribes, 2018). En este capítulo haremos un recorrido breve a través de una serie de reflexiones y propuestas planteadas por Emilio Ribes acerca de cómo un enfoque alternativo a la ciencia de la psicología, el enfoque de campo o interconductual, puede contribuir al área de la salud. Como es de prever a partir de lo examinado hasta aquí, ese recorrido necesariamente deberá poner énfasis, con alguna extensión, precisamente en la teoría básica y sus derivaciones, que son el eje central de la propuesta.

La teoría psicológica

No hay acción práctica que pretenda fundarse en la ciencia, sin el concurso del *conocimiento* científico. Y ese conocimiento es *teoría*. Es necesario evitar la visión estrecha de la ciencia como un asunto fundamentalmente de instrumentos y de medidas en cuyo contexto, para que una acción se califique como *científica*, basta que la misma se fundamente en el uso de ciertos métodos de *recolección de datos*. Que, por ejemplo, se realicen ciertas mediciones y comparaciones estimadas como pertinentes en un determinado contexto práctico (y frecuentemente con fines solo utilitarios) no constituye necesariamente una actividad científica. Usar una metodología no es necesariamente hacer ciencia, pero sí puede ser *parte* de la actividad científica, cuando dicha metodología ha sido seleccionada en el marco más amplio de la elección de una teoría y se utiliza de manera deliberada y consciente en el desarrollo de líneas de investigación derivadas de dicha teoría. Como insiste Ribes (2016), “toda metodología de investigación es la metodología de una teoría o sistema teórico. No hay metodologías que puedan aplicarse a cualquier campo de conocimiento independientemente de la forma que ese campo es conceptualizado por una teoría” (p.88). Por tanto, el solo uso de métodos escogidos de manera acrítica y sin el necesario examen y explicitación del sistema teórico en que esos métodos se insertan, constituye un fundamento insuficiente, en realidad erróneo, para la actividad aplicada. Es la teoría la que proporcionará la base racional de los métodos y datos pertinentes en el campo de que se trate.

El lugar de la teoría y su relación, por un lado, con el mundo de los fenómenos y, por el otro, con la actividad aplicada, puede representarse adecuadamente mediante el modelo de las *cinco estaciones categoriales*, propuesto por Ribes (2009b). Cada una de estas estaciones se caracteriza por su propio lenguaje. La primera estación está constituida por el reconocimiento del universo de eventos que constituyen el objeto de la disciplina en cuestión, este es el mundo de los fenómenos tal como son identificados, descritos y representados mediante el lenguaje ordinario. Los términos psicológicos ordinarios delimitan el universo de los eventos psicológicos y el reconocimiento de este universo como su objeto primario de conocimiento es quizá el único punto de consenso entre los diversos paradigmas de la psicología. La segunda estación corresponde a la detección y sistematización de *regularidades empíricas* en los eventos identificados en la primera estación. Las categorías empleadas en este proceso de sistematización en sí ya constituyen un primer nivel de lenguaje técnico; un ejemplo lo constituye la taxonomía de los seres vivos, en la cual una especie está constituida por entidades que en la experiencia común podrían considerarse como *distintas*, además de otras entidades que en dicha experiencia común podrían no considerarse elementos de esa misma categoría. En el caso de la psicología, este examen permite explicitar y eliminar errores lógicos en la conceptualización teórica de los eventos psicológicos. En la mayoría de las ontologías de lo psicológico identificadas por Ribes (2000) se incurre en tales errores y ello no se debe solamente, como se podría creer, a la apropiación por dichas psicologías de las creencias populares acerca de lo psicológico, sino fundamentalmente a un proceso de *perversión* del lenguaje ordinario (Ribes, 2009b), que lo priva de su carácter eminentemente práctico y lo convierte en un

lenguaje descriptor de entidades (y peor: inobservables). Un ejemplo de tales errores es considerar los recuerdos como entidades que se *almacenan* en la mente.

La mayoría de las psicologías pasan por alto este examen conceptual y, por tanto, asumen los términos ordinarios como si fueran términos técnicos descriptivos de entidades y procesos que constituirían lo psicológico. Esta omisión evidentemente tiene consecuencias respecto de lo que sucede en las siguientes estaciones. Por ejemplo, en la tercera estación, que corresponde al desarrollo de la teoría disciplinar, se construyen teorías acerca del proceso de almacenamiento, lo que a su vez, conlleva el planteamiento de pseudoproblemas como el de hallar la base física de tal proceso. En lo que resta de esta sección vamos a ocuparnos precisamente del producto de la tercera estación; es decir, la teoría básica o disciplinar (la cuarta y quinta estaciones corresponden al nivel de aplicación y nos ocuparemos de ellas más adelante).

En la tercera estación categorial se construye un sistema científico en cuyos términos se formula el objeto de conocimiento disciplinar, es decir, se construye la teoría disciplinar, básica o fundamental. La teoría disciplinar es precisamente la que proporciona identidad a una disciplina científica pues esta corresponde al cuerpo conceptual fundamental de la misma, cuerpo que está constituido por las categorías y dimensiones en que se formula el conocimiento que esa disciplina procura y que constituyen un segundo nivel de lenguaje técnico. Por ejemplo, la física de hoy está construida sobre la base de dos teorías en este sentido: la relatividad general y la mecánica cuántica. Una teoría disciplinar permite expresar, primero, una delimitación precisa de la naturaleza de su objeto de estudio, y en segundo lugar, las propiedades abstraídas de los objetos de la realidad pertenecientes al universo empírico de la disciplina. Naturalmente, esas propiedades se seleccionan en función de la concepción adoptada acerca de dicho objeto de estudio.

Ribes (2016) describió brevemente las condiciones que debería satisfacer una teoría psicológica fundamental: a) cubrir el universo completo de fenómenos psicológicos, tanto en el nivel animal como en el humano; b) distinguir niveles de complejidad en el interior de ese universo, y c) establecer lineamientos de participación de la psicología en los desarrollos y actividades multidisciplinarios e interdisciplinarios. Tal como concluye Ribes (2016), “En el mejor de los casos, la mayor parte de las teorías disponibles, suponiendo con benevolencia que cumplen con la mayor parte de los requerimientos [...] constituyen sólo formulaciones fraccionales del conjunto de fenómenos psicológicos identificables” (p.92).

Una posible opción frente a este panorama se encuentra en la alternativa de campo o interconductual. Desde esta visión, lo psicológico está constituido por el comportamiento individual, que a su vez se define como las interacciones del individuo con los objetos de su medio ambiente, entre los que se incluye a otros individuos de la misma o distinta especie. Esta caracterización del objeto de la psicología parece más coherente, y continua, con la manera en que las demás disciplinas científicas conceptúan su objeto de conocimiento, en comparación con el concepto de lo psicológico como mente (Ribes, 2013); incluso, aunque se sostenga que la mente es una *propiedad emergente* de, o una entidad idéntica a, una parte de la actividad biológica, en este caso el cerebro;

dicho sea de paso, es una posición que no se encuentra libre de dificultades lógicas (Westphal, 2016).

Ribes y López (1985) propusieron la taxonomía funcional de la conducta como un esfuerzo formidable para sentar las bases de una *teoría de procesos* coherente y sistemática que cumpliera la función de teoría disciplinar. En el marco de esta taxonomía, las interacciones psicológicas son descritas y representadas como sistemas de contingencias (Ribes, 2018); es decir, relaciones de interdependencia entre aspectos de la actividad del individuo y de los objetos y eventos del medio. Un sistema de contingencias puede existir como potencialidad en la medida que el medio ambiente y el individuo posean ciertas características (para dar un ejemplo muy simple: la posibilidad de realizar una respuesta y la posibilidad de que tal respuesta conduzca a modificar alguna propiedad física en el ambiente). Se llama *criterio de ajuste* al tipo de desempeño que *actualiza* un sistema de contingencias (en el ejemplo, que el individuo realmente realice la respuesta y que, como consecuencia, se produzca el efecto físico respectivo). Las interacciones psicológicas son de cinco clases generales, lo que define cinco niveles funcionales del comportamiento. Por tanto, se puede identificar cinco clases generales de contingencias. A continuación se mencionan estas cinco clases con una breve descripción de la conducta que constituye el criterio de ajuste característico de cada una:

1. *Contingencias de acoplamiento*: conductas de orientación y reacción diferencial hacia los eventos y objetos.
2. *Contingencias de alteración*: conductas que cambian o alteran propiedades físicas o de ocurrencia de objetos y eventos.
3. *Contingencias de comparación*: conductas que cambian o alteran propiedades físicas o de ocurrencia pero de una manera que es sensible a relaciones entre las propiedades físicas de los objetos y eventos.
4. *Contingencias de extensión*: conductas que actualizan en la situación propiedades correspondientes a otra u otras situaciones.
5. *Contingencias de transformación*: conductas que relacionan episodios lingüísticos, ya sea del tipo (d) como del propio tipo (e).

Esta clasificación no constituye una simple tipología asistemática, como hay tantas en psicología, pues aunque estas clases son cualitativamente distintas entre sí, se hallan mutuamente vinculadas mediante una relación de inclusividad. De este modo, las contingencias de acoplamiento están incluidas en y forman parte de una contingencia de alteración, y así sucesivamente.

El concepto de contingencia representa el tipo de *interacción posible* dado un ambiente y las posibilidades reactivas del individuo, por tanto, en la práctica puede suceder o no que el individuo interactúe en el nivel funcional (alcance el criterio de ajuste) correspondiente a dicha contingencia. Es a estos aspectos a los que aluden términos psicológicos tradicionales como

inteligencia o comprensión. Por ejemplo, supongamos el caso en que un individuo enfrenta por vez primera determinada situación. El ambiente y el individuo (como organismo) están contruidos de tal manera que esa situación particular configura una contingencia, digamos, de alteración: el individuo podría comportarse cumpliendo el criterio de ajuste correspondiente, o podría comportarse cumpliendo un criterio de ajuste solo de acoplamiento (es el caso en el que, dadas las condiciones, la actividad del sujeto podría alterar el momento de ocurrencia de un evento, pero el individuo *no comprende* que puede hacerlo así y simplemente decide adecuar su actividad a la espera de dicho evento). O podría no hacer nada.

Las posibilidades interactivas del individuo dependen, en parte del nivel de *aptitud funcional* del individuo, y en parte de las *competencias* que ya posea al entrar en contacto con la situación de que se trate. El concepto de aptitud funcional refleja la capacidad del individuo de interactuar en alguno de los niveles funcionales mencionados, en tanto que el concepto de *competencia* se refiere a una disposición para interactuar satisfaciendo un determinado criterio de efectividad en una situación dada. Las competencias se ejercitan siempre en algún nivel de aptitud funcional. Por tanto, se puede decir que hay competencias de acoplamiento, de alteración, de comparación, de extensión y de transformación. Por ejemplo, detectar en qué momentos del día (mañana o noche) o en qué lugares se intensifican ciertas reacciones alérgicas sería una competencia correspondiente al nivel de acoplamiento; sin embargo, comprender la teoría que explica científicamente esas asociaciones refleja una o más competencias de transformación. Por otro lado, dirigirse a los miembros de la familia y de ese modo convencerlos a cambiar en determinado sentido sus hábitos de higiene y de alimentación constituiría una competencia del nivel de extensión. Dar y seguir instrucciones no son en sí mismos conductas de extensión, pero podrían formar parte de una conducta de extensión. Como veremos después, la *aplicación* de la teoría de procesos al campo de la salud requiere, entre otras cosas, encontrar un lugar para los conceptos de aptitud funcional y competencias en algún modelo que represente la manera en que el comportamiento individual participa en ese campo.

Un breve comentario de cierre. Es en el marco de la teoría disciplinar que pueden formularse las teorías que dan cuenta de aspectos limitados del objeto de conocimiento de la disciplina. Precisamente, las teorías con las que más probablemente están familiarizados los psicólogos (en investigación e intervención) son aquellas que tienen este carácter. La mayoría de ellas, obvio es decirlo, se asientan en ontologías de lo psicológico que cosifican los términos ordinarios como si estos describieran estructuras o procesos. En muchos de estos casos, además, la teoría disciplinar en que se sustentan no se halla cabal o explícitamente formulada. Ejemplos de teorías limitadas con mayor o menor claridad en cuanto a los conceptos básicos de los que derivan son las que se proponen explicar supuestas clases de eventos descritos por los constructos psicológicos, como los de autoeficacia o ¡felicidad! (los diversos modelos de conducta saludable y cambio conductual que conocemos en psicología de la salud están quizá a medio camino entre la tercera y la cuarta estación).

Smith (2011) destaca el valor de la teoría en psicología de la salud; sin embargo, en su concepto, la teoría trata acerca de constructos y tal teoría comienza con la definición del constructo a medir. Aunque muchos de tales constructos no son más que los términos ordinarios referidos a algún tipo de comportamiento probablemente relevante en la vida cotidiana (como el de procrastinación), una psicología estructurada de esta forma siempre conlleva el riesgo de inventar entidades y procesos sin ningún criterio lógico que prevenga su multiplicación incontrolada, como bien se ilustra con el ejemplo hipotético del constructo de *malnutrición psicológica*, descrito por Piña (2015a) en el contexto de su crítica al concepto de resiliencia.

El puente desde la teoría básica a la aplicación: devenir e individuación psicológicos

Disponer de una teoría de los procesos psicológicos básicos es una condición necesaria, pero no suficiente, para diseñar y realizar acciones prácticas con sentido científico. Como ha sido reiteradamente resaltado por Ribes (2005, 2009a), el conocimiento psicológico, la teoría psicológica, es solo potencialmente, no directamente, aplicable. Las teorías son analíticas y genéricas, versan sobre relaciones entre propiedades abstraídas de los objetos y eventos que constituyen su universo de conocimiento, sin hacer referencia a ningún objeto o evento individual en particular. En cambio, las aplicaciones conciernen a casos concretos, individuales. Para decirlo de modo sencillo, la teoría consta de principios o leyes cada una de las cuales describe la manera en que se relacionan entre sí las variables de las cuales se ocupan, sin referencia a ningún caso concreto. Por otro lado, en un caso concreto todas las variables descritas por la teoría actúan a la vez y cada una de esas variables se presenta, en ese caso, en uno solo de sus posibles valores. Esto configura, para cada caso concreto, una situación única. De ahí que toda aplicación de una teoría general solo es posible a través de un conjunto adicional de categorías puente o de interfase, en términos de las cuales se pueda expresar esa individualidad.

Las aplicaciones de la ciencia básica se dan en la cuarta y quinta estaciones categoriales. La cuarta estación comprende dos aspectos. Primero, el uso de la teoría disciplinar para formular interpretaciones y modelos aptos para la participación multidisciplinaria e interdisciplinaria de la disciplina en cuestión. Y segundo, el desarrollo de un componente teórico adicional como extensión a partir de la teoría disciplinar, cuya función es representar los procesos mediante los cuales se generan las características únicas del caso individual, centro este, justamente, de cualquier aplicación. Son estos conceptos adicionales los que van a permitir formular el modo de participación interdisciplinaria. Finalmente, en la quinta estación se plantea la interpretación de los eventos particulares, tal como son identificados en el discurso ordinario, en términos de la teoría científica disciplinar y de sus respectivas extensiones. Esos particulares son interpretados “como casos de principios generales descritos por la teoría científica” (Ribes, 2009b, p.15). Lo que sigue se dedicará fundamentalmente a los procesos que corresponden a la cuarta estación categorial.

En el caso de la psicología, la cuarta estación corresponde a los criterios para su participación multidisciplinaria e interdisciplinaria, así como al desarrollo de las teorías que describan los

procesos de desarrollo e individuación de la conducta; empecemos por este último aspecto. Las teorías del desarrollo y de la personalidad deben constituir necesariamente derivaciones a partir de la teoría de procesos. Ribes (2009b) resumió la descripción de estos campos de la siguiente manera: “En el caso de la psicología del desarrollo, se examina un individuo genérico en un ámbito ecológico y cultural específico [...], mientras que en el caso de la psicología de la personalidad se examina a un individuo concreto en una situación genérica” (p.17). Por razones que Ribes (2018) explica con detalle y no reiteraremos aquí, los dominios identificados tradicionalmente con los términos *desarrollo* (o *evolución*) y *personalidad* reciben una denominación más apropiada con los términos, respectivamente, de *devenir* e *individualidad*.

La teoría del devenir describe, entre otros, los procesos y cursos posibles de desarrollo de las aptitudes funcionales y de competencias en un marco cultural compartido por los miembros de una comunidad de individuos. Los *individuales* en esta teoría son las configuraciones normativas específicas que, conjuntamente, con otros factores, median el desarrollo de la conducta de los organismos individuales. Por ello mismo, la teoría del desarrollo no puede tener una validez universal, pues es de esperar que las manifestaciones del desarrollo psicológico reflejen la alta variabilidad de los medios culturales y ecológicos. No es necesario resaltar la importancia de los factores de desarrollo en cualquier campo de aplicación de la psicología. La cuestión fundamental es cómo una teoría representa dichos factores. Ante todo, el devenir psicológico no se agota en la descripción de etapas de *desarrollo cognoscitivo* o de algún otro aspecto de la conducta, como sugiere el concepto tradicional de maduración. Por ejemplo, y como lo han destacado Morrison y Bennett (2016), los hallazgos de investigación también apuntan hacia el peso de factores de experiencia y conocimiento en el desarrollo de la comprensión por el niño de los procesos de salud y enfermedad.

Lo que se necesita es una teoría del devenir psicológico que, con base en una teoría general de la conducta, establezca con precisión qué se desarrolla (aptitudes, competencias, habilidades), cómo y a partir de qué clases de experiencias interactivas, entre otros aspectos. Tal teoría, a su vez, orientaría la investigación acerca de cómo el proceso del devenir se refleja en las capacidades actuales del individuo y sugerir los medios e intervenciones que sean necesarios para adecuar dichas capacidades a sus necesidades particulares, vinculadas con el proceso de salud y enfermedad. Un ejemplo común es el proceso requerido para que un niño en edad escolar se desenvuelva con autonomía en los procedimientos para el reconocimiento de la hipoglucemia o la hiperglucemia o para la autoadministración de insulina. Asumir tal autonomía requiere el previo desarrollo de competencias no solo cognoscitivas, sino también interpersonales y autorregulatorias de diverso tipo.

Por otro lado, la teoría de la individualidad concierne al estudio del desarrollo de las consistencias individuales, en el tiempo y entre situaciones, en la conducta. Es la teoría del ajuste individual a situaciones genéricas o clases de situaciones, definidas como tipos de sistemas contingenciales *abiertos*, en el sentido de que no prescriben un criterio de ajuste particular. Para adecuarse al estudio de la personalidad, dichos sistemas constituyen situaciones en las que se ponen

a prueba las preferencias del individuo; por ejemplo, una situación en la que puede elegir entre dos alternativas de respuesta cada una de las cuales dispone de consecuencias de magnitud y probabilidad variable. Estas situaciones se ejemplifican mediante tareas en las que lo importante es el sistema de contingencias en sí, no las características particulares de la tarea mediante la cual se evalúa la respuesta del individuo en el marco de tal sistema (Ribes & Contreras, 2007; Ribes & Sánchez, 1992). Por ejemplo, en el procedimiento para evaluar la *tendencia al riesgo*, el sujeto dispone de dos alternativas, en una se indican la probabilidad y magnitud de las consecuencias de respuesta, en tanto que en la otra no se indican o, en todo caso, la probabilidad y magnitud de tales consecuencias se dan en valores extremos opuestos. La preferencia por una alternativa o los cambios entre ellas pueden variar dependiendo del valor momentáneo relativo de las consecuencias de cada alternativa de respuesta. Estas pautas de preferencia y cambio son distintos de un individuo a otro y en cambio, consistentes en el tiempo y entre tareas, y son lo que constituyen el estilo interactivo (de tendencia al riesgo en este caso) de cada individuo.

Nuevamente, como en el caso del devenir psicológico, siempre se ha reconocido la importancia de las *variables de personalidad* en la explicación y predicción de conductas que son relevantes para la salud (Abraham, Conner, Jones, & O'Connor, 2016). Friedman (2007) destacó al menos tres maneras en que la personalidad se relaciona con el proceso de enfermedad: mediante el ejercicio de conductas preventivas o de riesgo, mediante la manera en que la conducta modula los procesos biológicos, y mediante las elecciones por parte del sujeto de determinados ambientes o situaciones. Pero, nuevamente, el problema no radica en la pertinencia de tales factores, sino en la manera en que se da su inserción teórica y metodológica en la actividad aplicada. Como es sabido, el enfoque tradicionalmente asumido al respecto ha sido el psicométrico, desde el cual la individualidad se caracterizó como un conjunto de rasgos (considerados a veces como una manifestación conductual de variables biológicas e incluso, *heredables*) los cuales son descritos en el marco de alguna teoría particular. Posteriormente, dichos rasgos son invocados para explicar los procesos de salud y enfermedad (como sucede con los conceptos de locus de control, resiliencia o autoeficacia). En no pocos casos, además, estos rasgos son *validados* mediante el apoyo de técnicas psicométricas. La cuestión fundamental en este caso es, nuevamente, la de cuál es la teoría de base en cuyo marco dichos factores de personalidad deberán ser representados, para su posterior investigación y, de ser posible, consideración en la actividad aplicada. No vamos a insistir en la crítica del enfoque psicométrico en general y el uso de autoinformes en particular, pero es pertinente enfatizar en lo siguiente.

Si el objetivo es explicar y predecir ciertas conductas de riesgo o de protección, lo que importa en el campo de las diferencias individuales no es la clasificación del individuo en alguna categoría (igual cuestionamiento se aplica a la categorización psicopatológica, véase Bueno & Piña, 2016), sino su desempeño real ante determinadas clases de situaciones en las que, justamente, se ponga en evidencia el tipo de decisiones que adopta. En concordancia con el marco conceptual asumido, dichas situaciones deben estructurarse como sistemas de contingencias en el marco de

las cuales el individuo interactúa con determinados objetos, configurando así ciertos tipos de patrones interactivos que podrían vincularse con comportamientos de riesgo o de protección; por ejemplo, cuando, al enfrentar la tarea, el individuo prefiere las opciones que involucran principalmente riesgo, en vez de protección.

De este modo, una teoría de campo acerca de las diferencias individuales proporciona la visión más adecuada de los factores de personalidad como los contactos iniciales del sujeto frente a determinadas contingencias, que como agregados de descripciones de conductas en las que lo fundamental es la morfología de las mismas. Esta diferente conceptualización conduce a diferentes metodologías para identificar diferencias de personalidad, en el caso de la teoría de campo, mediante tareas destinadas a identificar estilos interactivos y en el caso del enfoque de rasgos, mediante tareas orientadas a identificar respuestas características o determinados estímulos, ya sea mediante técnicas de autoinforme o mediante pruebas de desempeño. Respecto de las pruebas de desempeño, es interesante hacer notar su uso en la medición de los llamados estilos cognitivos (definidos como los modos en que el sujeto procesa la información). El uso de tales pruebas parece establecer alguna similitud en la metodología empleada en la medición de estilos interactivos y estilos cognoscitivos; sin embargo, tal semejanza es solo superficial. Las pruebas que miden estilos cognoscitivos, una vez más, están diseñadas para evaluar morfologías de respuesta ante determinados estímulos (Koc-Januchta, Höffler, Thoma, Prechtel, & Leutner, 2017); mientras que la medición de estilos interactivos, siguiendo los presupuestos teóricos, requiere determinar la manera en que el individuo interactúa con determinados objetos en el marco de ciertas estructuras de contingencia.

Cabe mencionar que algunas teorías acerca de las diferencias individuales conciben a la personalidad como una red compleja de entidades y procesos y que, por tener un carácter multivariable, son potencialmente aplicables en el campo de la salud. Tal es el caso del sistema cognoscitivo-afectivo de la personalidad (Shoda & Mischel, 2000). Este sistema reviste un interés particular en la medida en que fue propuesto para resolver el antagonismo entre dos formulaciones opuestas para explicar la estabilidad de la conducta individual: el enfoque de rasgos de conducta individual estables entre situaciones y el enfoque de situaciones estables en el entorno del individuo. La solución postula que la personalidad es un complejo único de *unidades* cognoscitivas y afectivas que se activan cuando el individuo confronta una determinada situación. Dado que estos sistemas están constituidos de modos distintos de un individuo a otro (distintas unidades y distintas conexiones entre ellas), podremos constatar la existencia de diferencias conductuales interindividuales ante la misma situación. Sin embargo, el comportamiento del mismo individuo también puede ser distinto de una situación a otra; por tanto, aquello que realmente distingue entre sí a los individuos son los perfiles de variabilidad intersituacional exhibidos por dichos individuos (Reynolds et al., 2010). Es interesante notar que en este modelo, el término *situación* alude a lo que podría caracterizarse como un sistema de contingencias. Como reseña Flórez (2007), esta teoría de la personalidad puede ser útil al menos para explicar la decisión de practicar, o no,

determinadas conductas relacionadas con la salud. Sin embargo, estas teorías no reconocen niveles cualitativos de complejidad de la conducta ni establecen con claridad categorías dedicadas al proceso del devenir psicológico y, por ello, su suficiencia o su utilidad en un ámbito aplicado serán necesariamente limitadas.

Aplicando la ciencia básica a la salud: el modelo psicológico de la salud biológica y su incumbencia en la práctica

Como se dijo, es en la cuarta estación categorial que se produce la participación multidisciplinaria e interdisciplinaria de la psicología, en la cual “se aplica también la teoría de proceso a la interpretación, evaluación e intervención en situaciones ecológicas o sociales que ‘contienen’ dimensiones psicológicas para la solución de problemas” (Ribes, 2009b, p.18). Dicha aplicación se realiza bajo la guía de un nuevo tipo de teoría, cuya función es permitir la formulación de la dimensión psicológica de la problemática social en cuestión, en este caso, la que corresponde al campo de la salud. Surge, de esta manera, el modelo psicológico del proceso de salud-enfermedad propuesto por Ribes (1990). Dicho modelo se propone identificar, y determinar la vinculación mutua de, los factores o procesos descritos en la teoría de procesos, del devenir y de la individuación que participan en los eventos que constituyen el campo aplicado de que se trate, en este caso concreto, la explicación de la génesis y mantenimiento de procesos de salud o de enfermedad en el individuo. Ribes comienza con las variables históricas del individuo, las que justamente cubren los aspectos del devenir y de la individuación: la historia de competencias de las que dispone el individuo en los cinco niveles funcionales y los estilos interactivos, respectivamente.

La historia de competencias determina las competencias actualmente disponibles para el individuo, lo que se traduce en lo que vagamente se entiende como *capacidad intelectual y saber hacer*, y que es constatable en una miríada de desempeños que van desde la simple detección de regularidades en el ambiente (e.g., cuando sucede esto, también sucede esto otro), hasta formas complejas de analizar e interpretar eventos y situaciones. Se debe tener en cuenta que un individuo puede no exhibir el nivel de ajuste adecuado a todas las contingencias que lo requieran; por ejemplo, cuando el comportamiento de un mismo individuo es de extensión en ciertas circunstancias pero en otras en las que también podría ser de extensión, el ajuste se da a nivel de acoplamiento, alteración o comparación. Los tests de inteligencia no discriminan entre estas distintas posibilidades, pero los ejemplos mencionados ilustran la importancia que para las intervenciones en salud puede tener la evaluación de las competencias disponibles y potencialmente desarrollables en las personas. Los estilos interactivos, como ya hemos visto, son las formas en que el individuo hará el contacto inicial con las contingencias (lo que tiene que ver con la noción de preferencias conductuales), por ejemplo, mediante una decisión prudente o arriesgada.

Un tercer componente radica en el factor de modulación del funcionamiento biológico por las contingencias; es decir, en buena cuenta, las diversas formas en que las interacciones del individuo con los eventos y objetos influyen en el funcionamiento de su propio organismo. La mo-

dulación biológica por las contingencias repercute en la mayor o menor vulnerabilidad biológica, mientras que los estilos interactivos y competencias disponibles determinan la presencia de determinadas conductas preventivas o de riesgo. Finalmente, la vulnerabilidad biológica, en conjunto con las conductas preventivas y de riesgo, tiene como resultante la presencia o no de la patología biológica. Puede haber, además, ciertas conductas asociadas a la enfermedad, la naturaleza de las cuales depende de la enfermedad y también de las conductas de riesgo y preventivas ya existentes en el individuo. Ribes (2018) consideró también la importancia de las conductas llamadas iatrogénicas y de seguimiento, como mediadoras entre las conductas preventivas y de riesgo, y la enfermedad. Con excepción de los componentes de vulnerabilidad y de enfermedad, todos los demás descritos constituyen la gama de factores psicológicos que participan en el proceso de salud-enfermedad.

El modelo que se acaba de reseñar fue diseñado para “ayudar a comprender y a modificar los factores que afectan la salud (o enfermedad) que dependen directamente del comportamiento del individuo” (Ribes, 2018, p.413). Obsérvese que la idea del modelo es no solo ayudar a comprender sino, por medio de tal comprensión, modificar las condiciones vinculadas al proceso de salud-enfermedad, lo que implica no solo ampliar el espectro de variables a considerar en los campos tradicionales de la predicción y control de las conductas de riesgo y el fortalecimiento de las conductas saludables, sino también incursionar en factores no debidamente atendidos por los modelos tradicionales, como son el control de las condiciones moduladoras del funcionamiento biológico, las conductas asociadas a la enfermedad y aquellas que tengan carácter iatrogénico. Todo ello con la ventaja de fundamentarse en una concepción y teoría básica acerca de los eventos psicológicos que enfatiza el carácter interactivo, no mental ni meramente fisiológico, de dichos eventos.

Como sucede con cualquier modelo, la viabilidad de la propuesta de Ribes solo puede valorarse en la investigación y en la práctica. De hecho, ya existen propuestas de análisis de algunos tópicos en el área de la salud que explicitan con mayor o menor detalle y profundidad la manera en que el modelo de Ribes, o ciertos aspectos del mismo, puede contribuir a una mejor comprensión de, e intervención en, la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad. Algunos ejemplos de tales propuestas (que no agotan la lista) conciernen al estudio del estrés (Camacho & Vega-Michel, 2015; Rodríguez, 2010, 2012), la prevención de la diabetes (Rodríguez & García, 2011), el uso del condón (Peralta & Rodríguez, 2007), la adicción al alcohol en adolescentes (Pérez-Almonacid, Pedroza, Vacio, Martínez, & Salazar, 2012) y o la intervención en adhesión a la dieta en pacientes diabéticos (Rodríguez, Rentería, & García, 2013), entre otros. Mención aparte puede hacerse de los trabajos de Piña y sus asociados, que extienden y adaptan algunos de los elementos del modelo de Ribes a las necesidades que surgen en el ámbito de ciertas problemáticas particulares; dando como resultado el modelo psicológico de adhesión al tratamiento en personas con VIH (Piña & Sánchez-Sosa, 2007) o el modelo para la prevención de la enfermedad (Piña, 2008). Estos aportes también han dado lugar a investigación y aplicaciones diversas; como son, por ejemplo

—sin pretender agotar la lista—, el análisis del estrés (Piña, Ybarra, & Fierros, 2012) y el diseño de un instrumento para evaluar factores psicológicos y conductas sexuales de riesgo (Piña, Robles, & Rivera, 2007).

Como es de suponer, la utilidad de estos modelos (así como del arsenal de instrumentos y de procedimientos que de ellos resulte), podrá valorarse en función de su posible capacidad para:

1. Explicar casos particulares.
2. Contribuir a identificar y formular el problema.
3. Predecir el curso del problema.
4. Contribuir a identificar una intervención efectiva.
5. Predecir el curso de la intervención.
6. Evaluar los resultados de la intervención.

Finalmente, en la quinta estación categorial encontraríamos otros aspectos de aplicación de la teoría psicológica, que, como se indicó, conciernen a la interpretación científica de los eventos identificados y descritos en la experiencia cotidiana. Esta labor permite cerrar el contacto entre teoría y mundo de la experiencia. Por ello, dichas interpretaciones son trasmisibles a los no expertos, tales como el público en general, los estudiantes y los usuarios de los servicios psicológicos (Ribes, 2009b). En el campo de la salud, acciones educativas de este tipo tienen un alto valor tanto en la prevención como en la recuperación o adaptación a la enfermedad.

En suma, el enfoque de campo no es una teoría específicamente concebida solo como modelo del proceso salud-enfermedad. Es una concepción mucho más amplia en sus alcances, los cuales abarcan desde los fundamentos conceptuales de una ciencia básica, hasta los criterios propios de aplicabilidad del conocimiento de tal ciencia. De este modo, tal enfoque contiene un análisis funcional de los términos ordinarios mediante los cuales se identifican los fenómenos psicológicos, con el fin de preparar el terreno para una correcta representación conceptual de lo psicológico; propone una teoría de procesos de los eventos psicológicos así definidos y representados; comprende las teorías del devenir y de la individuación que constituyen los procesos mediante los cuales se va construyendo la individualidad de cada ser humano, que es la sustancia de cualquier aplicación del conocimiento científico; incluye el diseño de un modelo para la participación interdisciplinaria de la psicología en las diversas problemáticas sociales, entre ellas, la de la salud y procura los criterios de traslado del conocimiento científico a los destinatarios finales de sus aplicaciones. El principio rector de esta aventura intelectual es que toda práctica que se precie de científica debe ser coherente, precisamente, con unos fundamentos científicos firmemente establecidos desde sus raíces.

Referencias

- Abraham, C., Conner, M., Jones, F., & O'Connor, D. (2016). *Health psychology*. New York: Routledge.
- Albery, I.P., & Munafò, M. (2008). *Key concepts in health psychology*. Los Angeles: Sage Publications.
- Bueno, R., & Piña, J.A. (2016). La CIE y la psicología: entre su importancia y su pertinencia hay un largo y sinuoso camino. En J.A. Piña & J.L. Ybarra (Coords.), *Psicología y salud: Temas selectos para el debate* (pp. 59-92). México: Universidad Autónoma de Tamaulipas/Colofón.
- Camacho, E., & Vega-Michel, C. (2015). Análisis interconductual de variables generadoras de estrés en humanos. En E. Camacho, L. Reynoso & J.A. Piña (Coords.), *Análisis teórico y experimental en psicología y salud* (pp. 205-226). Guadalajara: ITESO/ Universidad de Sonora.
- Conner, M., & Norman, P. (Eds.) (2015). *Predicting and changing health behaviour: Research and practice with social cognition models*. Maidenhead, UK: Open University Press/McGraw-Hill Education.
- Davis, R., Campbell, R., Hildon, Z., Hobbs, L., & Michie, S. (2015). Theories of behavior and behavior change across the social and behavioural sciences: a scoping review. *Health Psychology Review, 9*, 323-344.
- Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud. Promoción y prevención*. México: El Manual Moderno.
- Friedman, H.S. (2007). Personality, disease, and self-healing. En H.S. Friedman, & R.C. Silver (Eds.), *Foundations of health psychology* (pp. 172-199). New York: Oxford University Press.
- Friedman, H.S., & Adler, N.E. (2011). The intellectual roots of health psychology. En H.S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 3-14). New York: Oxford University Press.
- Glanz, K., & Bishop, D.B. (2010). The role of behavioral science theory in development and implementation of public health interventions. *Annual Review of Public Health, 31*, 399-418.
- Ibáñez, C. (2007). Problemas de aplicación social del conocimiento disciplinario de la psicología interconductual. *Acta Comportamental, 15*, 81-92.
- Kantor, J.R. (1978). *Psicología interconductual*. México: Trillas.
- Koc-Januchta, M., Höffler, T., Thoma, G.B., Precht, H., & Leutner, D. (2017). Visualizers versus verbalizers: Effects of cognitive style on learning with texts and pictures – An eye-tracking study. *Computers in Human Behavior, 68*, 170-179.
- Kok, G., Gottlieb, N.H., Peters, G.-J.Y., Mullen, P.D., Parcel, G.S., Ruiter, R.A.C., et al. (2016). A taxonomy of behavior change methods: an intervention mapping approach. *Health Psychology Review, 10*(3), 297-312. <https://doi.org/10.1080/17437199.2015.1077155>
- Moreno, E., & Roales-Nieto, J.G. (2003). El modelo de creencias en salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 3*, 91-109.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2016). *An introduction to health psychology*. Harlow, England: Pearson Education.

- Peralta, C.E., & Rodríguez, M.L. (2007). Relación del uso del condón con factores disposicionales y mediacionales en adolescentes. *Psicología y Salud, 17*, 179-189.
- Pérez-Almonacid, R., Pedroza, F.J., Vacio, M.A., Martínez, K.I., & Salazar, M.L. (2012). Competencias sustitutivas y el estudio e intervención del consumo adictivo de alcohol en adolescentes. En M.A. Padilla & R. Pérez-Almonacid (Eds.), *La función sustitutiva referencial. Análisis histórico-crítico/avances y perspectivas* (pp. 169-201). New Orleans, LA: University Press of the South.
- Piña, J.A. (2008). Variaciones sobre el modelo psicológico de salud biológica de Ribes: justificación y desarrollo. *Universitas Psychologica, 7*, 19-32.
- Piña, J.A. (2015a). Un análisis crítico del concepto de resiliencia en psicología. *Anales de Psicología, 31*, 751-758.
- Piña, J.A. (2015b). *Psicología y salud: Obstáculos y posibilidades para su desarrollo en el siglo XXI*. México: Universidad de Sonora.
- Piña, J.A., Robles, S., & Rivera, B.M. (2007). Instrumento para la evaluación de variables psicológicas y comportamientos sexuales de riesgo en jóvenes de dos centros universitarios de México. *Revista Panamericana de Salud Pública, 22*, 395-303.
- Piña, J.A., & Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica, 6*, 399-407.
- Piña, J.A., Ybarra, J.L., Alcalá, I.G., & Samaniego, R.A. (2010). Psicología y salud (I): La importancia de llamarse modelo y apellidarse teórico-conceptual. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 2*, 23-31.
- Piña, J.A., Ybarra, J.L., & Fierros, L.E. (2012). La conceptualización del fenómeno estrés en psicología y salud: su abordaje a la luz de un modelo de adhesión. En S. Galán & E. J. Camacho (Eds.), *Estrés y salud: Investigación básica y aplicada* (pp. 3-16). México: El Manual Moderno.
- Poffenberger, A.T. (1942). *Principles of applied psychology*. New York: Appleton-Century Co.
- Prestwich, A., Sniehotta, F.F., Whittington, C., Dombrowski, S.U., Rogers, L., & Michie, S. (2014). Does theory influence the effectiveness of health behavior interventions? *Meta-analysis. Health Psychology, 33*, 465-474.
- Reynolds, K.J., Turner, J.C., Branscombe, N.R., Mavor, K.I., Bizumic, B., & Subasic, E. (2010). Interactionism in personality and social psychology: An integrated approach to understanding the mind and behavior. *European Journal of Personality, 24*, 458-482.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. (2000). Las psicologías y la definición de sus objetos de conocimiento. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 26*, 367-383.
- Ribes, E. (2005). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología, 22*, 5-14.
- Ribes, E. (2009a). Reflexiones sobre la aplicación del conocimiento psicológico: ¿qué aplicar o cómo aplicar? *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta, 35*, 3-17.

- Ribes, E. (2009b). La psicología como ciencia básica. ¿Cuál es su universo de investigación? *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 1, 7-19.
- Ribes, E. (2011). La psicología: Cuál, cómo y para qué. *Revista Mexicana de Psicología*, 28, 85-92.
- Ribes, E. (2013). Una reflexión sobre los modos generales de conocer y los objetos de conocimiento de las diversas ciencias empíricas, incluida la psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 30, 89-95.
- Ribes, E. (2016). La psicología: ¿qué investigar? *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 8, 85-95.
- Ribes, E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: Una introducción a la teoría de la psicología*. México: El Manual Moderno.
- Ribes, E., & Contreras, S. (2007). Individual consistencies in behavior: Achievement persistence interactions as personality styles. *Psychological Reports*, 101, 365-377.
- Ribes, E., & López, F. (1985). *Teoría de la conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E., & Sánchez, S. (1992). Individual behavior consistencies as interactive styles: Their relation to personality. *The Psychological Record*, 42, 369-387.
- Rodríguez, M.L. (2010). Estrés: Una propuesta naturalista. *Summa Psicológica*, 7, 51-62.
- Rodríguez, M.L. (2012). Competencias académicas, reporte de estrés y salud en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15, 553-574.
- Rodríguez, M.L., & García, J.C. (2011). El modelo psicológico de la salud y la diabetes. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14, 210-222.
- Rodríguez, M.L., Rentería, A., & García, J.C. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos. Efectos de una intervención. *Suma Psicológica*, 10, 91-101.
- Shoda, Y., & Mischel, W. (2000). Reconciling contextualism with the core assumptions of personality psychology. *European Journal of Personality*, 14, 407-428.
- Smith, T.W. (2011). Measurement in health psychology research. En H.S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 42-72). New York, NY: Oxford University Press.
- Wade, D.T., & Halligan, P.W. (2004). Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *British Medical Journal*, 239, 1398-1401.
- Westphal, J. (2016). *The mind-body problem*. Cambridge, MA: The MIT Press.

Capítulo 4

Programas académicos de psicología y salud en México: desafíos para la supervisión clínica

*Nancy Patricia Caballero-Suárez**, *Carmen Lizette Galvéz-Hernández***,
*Ester Gutiérrez-Velilla**** y *Silvia Monserrat Sánchez-Ramos*****

Debido a la creciente necesidad de atención de las enfermedades crónicas en México, la psicología de la salud es fundamental para su abordaje integral, considerando que la conducta es un factor determinante para su prevención, desarrollo o mantenimiento en el largo plazo. A pesar de que los psicólogos de la salud en nuestro país han venido ganando presencia dentro de los equipos interdisciplinarios para la atención a la salud, no han sido reconocidos como profesionales competentes para realizar un trabajo científico con resultados mensurables. Dos de las principales razones de este poco reconocimiento tienen que ver con la falta de un marco normativo de la profesión de la psicología y con la formación deficiente de psicólogos especialistas, en este caso, en psicología de la salud.

La formación de psicólogos especializados requiere, como primer paso, poseer las bases teóricas necesarias, para posteriormente adquirir las competencias que le permitan un efectivo ejercicio de la profesión a través de la práctica clínica; esta debería ser supervisada para comprobar que el psicólogo ha adquirido las habilidades y competencias que les permitan realizar intervenciones efectivas basadas en la evidencia científica. Sin embargo, en México, tanto la práctica clínica como su supervisión no siempre son llevadas a cabo sistemáticamente en los programas académicos de formación, lo que limita que se pueda asegurar que se están formando psicólogos de la salud realmente capacitados para insertarse en equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios para la atención a la salud.

**Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI); Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), México.*

***Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México; Catedrática-CONACYT, Instituto Nacional de Cancerología (INCAN), México.*

****Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas (CIENI); Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), México.*

*****Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.*

Partiendo de esta limitante en la formación de los psicólogos de la salud, el objetivo de este capítulo es describir la situación actual de los programas académicos y de profesionalización de la psicología de la salud en México, así como discutir los desafíos que implica la instrumentación de un modelo de supervisión clínica. Primero, se presenta la importancia de la psicología de la salud y por qué ha adquirido tanta relevancia en México. Segundo, se argumentan dos de los principales obstáculos para el reconocimiento de esta disciplina, la falta de marcos legales que regulen la profesión del psicólogo y la falta de responsabilidad profesional de los psicólogos que se gradúan en programas de baja calidad, en los cuales no reciben la supervisión adecuada para su formación.

Posteriormente, se presentan los resultados de una búsqueda, en las universidades públicas en México, de los programas de psicología, a nivel de licenciatura y de posgrado, que incluyen a la psicología de la salud. Finalmente, se hace una revisión teórica sobre la supervisión clínica de cara a resolver los desafíos que se enfrentan, en términos de la definición, modelos, evaluación y pautas éticas. Se discuten los resultados encontrados en esta revisión y se proponen soluciones a los desafíos descritos, pensando en la inserción de un modelo de supervisión clínica en la formación de especialistas en psicología de la salud en México.

Psicología y salud

Históricamente, la psicología se ha enfocado en el estudio y tratamiento de los problemas enmarcados en los rubros de la *salud mental* y las *enfermedades mentales*. Sin embargo, desde la década de los sesenta, la psicología comenzó a estudiar y hacer aportaciones al proceso salud-enfermedad, un campo que tradicional y exclusivamente era médico (Díaz Facio Lince, 2010). Esta disciplina aplicada al campo de la salud-enfermedad se denominó psicología de la salud, el cual se ha consolidado cada vez más debido al reconocimiento de la conducta humana como factor de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de las enfermedades.

La psicología de la salud examina cómo los factores biológicos, sociales y psicológicos influyen en la salud y la enfermedad; busca contribuir en la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica, la educación y las actividades de servicio, y alienta la integración de la información biomédica sobre salud y enfermedad con el conocimiento psicológico actual (American Psychological Association [APA], 2018a).

Los psicólogos de la salud poseen los conocimientos, las habilidades y las destrezas para cumplir con las funciones de prevención y rehabilitación, y en especial de investigación sobre las variables que influyen y cómo facilitan o dificultan las conductas de riesgo o cuidado, con el objetivo de prevenir una enfermedad y promover la salud (Piña & Rivera, 2006). Sus actividades profesionales incluyen: investigación, servicios clínicos, asesoría a usuarios/pacientes y personal de salud, entrenamiento y supervisión a psicólogos y otros profesionales de la salud, asesoría a organizaciones, instituciones, público y responsables de formular políticas públicas en salud (APA, 2018b).

De acuerdo con la APA, las habilidades y actividades asociadas a la psicología de la salud incluyen: 1) Evaluación: Entrevista clínica, observación de la conducta, evaluación de variables psicológicas a través de instrumentos de autoinforme generales y específicos para alguna enfermedad, evaluación psicofisiológica, revisión de expedientes médicos, identificación de parámetros biológicos asociados con enfermedades específicas; 2) Intervención: Psicoterapia basada en la evidencia, promoción de la salud e intervenciones conductuales dirigidas a individuos, grupos y familias; 3) Asesoría: Consulta con el equipo de atención médica (incluidos los miembros de la familia), participación en equipos interdisciplinarios y desarrollo de programas; 4) Evaluación: Uso de metodologías de investigación para desarrollar y evaluar prácticas basadas en la mejor evidencia disponible y para desarrollar nuevos métodos de evaluación de programas de intervención (APA, 2018b).

Es indispensable asegurar que los psicólogos de la salud adquieran estas habilidades. En los Estados Unidos de Norteamérica, por ejemplo, la Sociedad de Psicología de la Salud (*Society for Health Psychology*, 2018), a través del Consejo de Programas de Capacitación en Psicología de la Salud Clínica (*Council of Clinical Health Psychology Training Programs*, CCHPTP), se dedica a promover y mejorar los estándares de alta calidad de la educación y capacitación de graduados y posgraduados en el campo de la psicología de la salud. Los programas miembros del CCHPTP se esfuerzan por educar y capacitar a futuros psicólogos de la salud para promover el bienestar humano y el crecimiento de la ciencia y la práctica de la psicología de la salud. Los programas para miembros de CCHPTP están dedicados a capacitar a psicólogos de salud clínica para que cuenten con las habilidades necesarias para ser investigadores y profesionales, de acuerdo con los más altos estándares de la psicología de la salud.

La psicología de la salud ha tenido un gran desarrollo debido a los cambios trascendentes en la epidemiología de las enfermedades, derivada de los cambios ambientales, demográficos, económicos, sociales, culturales y de los avances en el campo de la atención a la salud, que transforman las características de los países e influyen también en las características relacionadas con la presencia de la enfermedad o muerte en una determinada población (Fundación de Educación para la Salud [FUNDADEPS], 2018; Soto-Estrada, Moreno-Altamirano, & Pahuja, 2016).

El cambio en los patrones de salud y enfermedad indica una transición epidemiológica que se caracteriza por un cambio de las causas de muerte, dominado por enfermedades infecciosas y con muy alta mortalidad —especialmente en edades jóvenes—, hacia un patrón dominado por las enfermedades crónicas-degenerativas (Vera, 2000). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), cada año mueren 41 millones de personas en el mundo debido a enfermedades no transmisibles, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el orbe; 15 millones de estas personas tienen entre 30-69 años de edad y más del 85% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medios.

En México, las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, las enfermedades cardíacas y cerebro-vasculares, la cirrosis y el cáncer, dominan el panorama de la mortalidad, par-

ticularmente entre los adultos mayores de 40 años. En contraste, las lesiones son las principales causas de muerte en los jóvenes de entre 15 y 19 años, destacando los homicidios, los accidentes de tráfico y el suicidio. Se ha estimado que, en México, en 2013, se perdieron 29.9 millones de años de vida saludable debido a estas enfermedades (Secretaría de Salud, 2015).

El control de las enfermedades crónicas representa un reto que debe abordarse de manera interdisciplinaria, ya que para el paciente implica no solo la toma de medicamentos y seguimiento de indicaciones médicas, sino cambios conductuales a nivel personal, familiar y social, que comprenden hábitos y estilos de vida; además del manejo de las reacciones emocionales que derivan al ser diagnosticado con una enfermedad y de los retos que implica la adaptación a la enfermedad y a su tratamiento.

Ante este panorama, los psicólogos de la salud, como expertos en la intersección de la salud y conducta, juegan un papel importante en los equipos interdisciplinarios para brindar un tratamiento integral de las enfermedades crónicas. Sin embargo, han surgido barreras para incluir y aceptar a la psicología de la salud en los ámbitos médicos: 1) Introducción del psicólogo en el ámbito de la salud (e.g., contextos hospitalarios), sin estar subordinado a un médico o un psiquiatra, esto es, como un profesional independiente con un campo propio; 2) Reconocimiento de la psicología como una disciplina científica útil en la atención de los problemas de salud; 3) El desarrollo científico y tecnológico (teórico y aplicado) de la psicología (Bazán, 2003).

Existen, además, dos factores que contribuyen a que la psicología de la salud no sea aceptada o reconocida en los contextos de salud. El primero se relaciona con las normas y regulaciones de la psicología como profesión, ya que en México, hasta hace poco menos de una década, se han enfocado los esfuerzos para certificar a los profesionales de la psicología —que no es obligatoria aún para ejercer como psicólogo en cualquiera de sus áreas de especialización—. Esto es un problema para los psicólogos de la salud para no ser totalmente reconocidos, sobre todo si se considera que lo relacionado con las enfermedades se percibe como competencia exclusiva de la medicina (Piña, Sánchez-Bravo, García-Cedillo, Ybarra, & García-Cadena, 2013). El segundo, se relaciona con la carencia de programas académicos y profesionales de formación en psicología de la salud, además de que no se desarrollan ni supervisan las habilidades y competencias que debería tener un psicólogo de la salud; por lo tanto, estos no cuentan con la preparación suficiente para interactuar en equipos interdisciplinarios de atención a la salud (Piña et al., 2013).

La regulación del ejercicio profesional, científico y académico del psicólogo se contempla en el Código Ético del Psicólogo, que fue desarrollado por la Sociedad Mexicana de Psicología desde 1984. En su última actualización publicada en 2007, se modificaron algunos artículos con base en la revisión de códigos éticos de otros países, estudios realizados —por el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP)— sobre los valores éticos que los psicólogos mexicanos promueven en el ejercicio de su profesión y sobre dilemas éticos frecuentes enfrentados en el ejercicio profesional. La principal función de este código es guiar al psicólogo en su práctica cotidiana, no solo para regular sus relaciones con clientes, colegas, empleados, participantes

en investigaciones y público en general, sino también para dar una imagen más seria y respetable de la psicología como disciplina científica y como profesión (Sociedad Mexicana de Psicología [SMP], 2007). Así, en los artículos del 37 al 49 se describe la calidad de la enseñanza, supervisión e investigación. Sin embargo, una gran cantidad de programas de formación de psicólogos en México, en su intento por profesionalizarlos, dotan a sus alumnos de escasas herramientas de intervención profesional, lo que ha afectado el equilibrio e interrelación necesarios entre la enseñanza de conceptos y teorías, por un lado, y de destrezas y habilidades profesionales, por el otro.

En los Estados Unidos de Norteamérica, el Consejo de Programas de Capacitación en Psicología de la Salud Clínica (CCHPTP, por sus siglas en inglés), es una organización sin fines de lucro dedicada a promover y mejorar los estándares de alta calidad de la educación y capacitación de graduados y posgraduados en el campo de la psicología de la salud clínica. De acuerdo con este propósito, los programas miembros de CCHPTP se esfuerzan por educar y capacitar a futuros psicólogos de salud clínica para promover el bienestar humano y promover el crecimiento de la ciencia y la práctica de la psicología de la salud. Los programas para miembros de CCHPTP están dedicados a capacitar a psicólogos de salud clínica capaces de funcionar como investigadores científicos y profesionales, de acuerdo con los más altos estándares de la psicología de salud clínica.

Al no contar en México con una regulación *formal* tanto de los programas de capacitación como del ejercicio de la profesión, la situación de la disciplina psicológica enfrenta actualmente serios problemas. Es por esto que los colegios profesionales poseen la responsabilidad de regular el ejercicio de la psicología y asegurar el buen desempeño de quienes obtienen el título de licenciado en psicología (Colegio Mexicano de Profesionales de la Psicología [COMEPPI], s/f).

En el año 2009, la SMP decidió responder a la convocatoria de la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública para participar en la Certificación Profesional. Con ese propósito, y para cumplir con todas las disposiciones marcadas por la Ley General de Profesiones, se creó el COMEPPI, organismo que se ha dedicado a realizar todas las gestiones y a elaborar la documentación necesaria para realizar la certificación profesional de los psicólogos. Mediante la certificación profesional se podrá demostrar que los conocimientos y destrezas de los psicólogos son actuales y útiles para resolver los problemas a los cuales la profesión nos enfrenta; esto sin duda ayudaría a reconocer el trabajo del psicólogo de la salud en los equipos interdisciplinarios.

Programas académicos de psicología y salud en México

Para evaluar la situación de los programas académicos en México se realizó una búsqueda de universidades públicas en las 32 entidades federativas de la república mexicana donde se imparte la Licenciatura en Psicología. Una vez localizadas se consultó su plan de estudios para identificar si contenían materias sobre psicología de la salud. Posteriormente, en las universidades que contaban con dichos programas se identificó si se impartían posgrados en Psicología Clínica o Psicología de la Salud, realizando una búsqueda de sus objetivos y de los perfiles de ingreso y egreso de los alumnos. Además, se exploró si estos posgrados incluían en su plan de estudios o

en su descripción, supervisión o práctica clínica en escenarios reales. En la búsqueda realizada, se encontraron 48 universidades públicas que imparten la Licenciatura en Psicología, distribuidas en 28 entidades de la república mexicana. Los estados en los que no se encontraron universidades públicas que la imparten fueron Oaxaca, Quintana Roo, Baja California Sur y Guerrero. De los 48 planes de estudios, 28 no tenían materias sobre psicología de la salud, en tanto que las otras 20 las incluían. Cabe destacar que uno de los planes de estudios, localizado en el estado de Sonora, otorga el grado de Licenciado en Psicología de la Salud (por parte de la Universidad de Sonora). En cuanto a los posgrados, de las 48 universidades 31 no cuentan con posgrados sobre Psicología de la Salud y las 17 restantes tienen un total de 22 posgrados; cinco de ellas tienen tanto Maestría como Doctorado. De estos 22 posgrados, solo ocho hacen referencia a la supervisión o a la práctica clínica en escenarios reales.

Los programas que incluyen supervisión clínica no siempre la describen y el tipo varía ampliamente dependiendo de la institución o del programa de formación; por ejemplo, algunas instituciones cuentan con convenios con instituciones de salud para realizar práctica clínica, mientras que en otras los estudiantes tienen que atender pacientes y los casos son supervisados desde la institución académica. Con relación a los programas de licenciatura, la mayoría solo contiene una materia sobre psicología de la salud, lo cual no es suficiente para tener una especialización en este campo. Los perfiles de egreso en los programas de posgrado revisados generalmente incluyen habilidades de investigación y clínicas. En la mayoría, los alumnos desarrollan un proyecto de investigación para graduarse, aunque no necesariamente se instrumenta; de igual manera, las habilidades clínicas se transmiten a través de la enseñanza (teórica) del diseño y la justificación de intervenciones, pero no siempre se aplican en contextos reales o no siempre se supervisa su aplicación.

Para las universidades que conformaron la búsqueda, la formación a nivel licenciatura en la práctica de la psicología, normalmente requiere un mínimo de 500 horas de trabajo clínico supervisado, lo cual ocurre después del tercer o cuarto año de la licenciatura, lo que inclusive puede coincidir con el trabajo de tesis de los estudiantes o con el cumplimiento de su servicio social. A partir de que se requiere formación de posgrado (maestría o superior) para poder ofrecer un trabajo en el contexto de la psicoterapia o realizar alguna intervención psicológica, de acuerdo con la Ley de Salud Mental del Distrito Federal (2011), algunos programas de formación han incrementado el número de horas de trabajo clínico supervisado (Sánchez-Sosa, 2012). Sin embargo, no siempre se asegura la efectividad de esta supervisión.

Desafíos

En la actualidad, en muchos países donde existen regulaciones profesionales más organizadas, la mayoría de los profesionales de la salud deben emprender una formación clínica supervisada, antes de ser reconocidos como competentes dentro de su campo de experiencia. Esto, asumiendo que una profesión se define como un cuerpo de personas comprometidas en una ocupación

(Blair, 1992) y que se ha considerado que la psicología, el trabajo social, la medicina, la enfermería, etcétera, son profesiones que requieren un periodo de práctica supervisada. Según Johnston (2006), aunque muchos cuerpos profesionales las promueven, no se proporcionan guías de cómo la supervisión debe ser desarrollada, implementada y evaluada.

De acuerdo con la información anterior, nos percatamos que, a nivel del sistema educativo y de regulación profesional, México experimenta diversos desafíos que tendría que abordar para comenzar a alcanzar los resultados mostrados por otros países —que obtuvieron al darle un papel organizado e indispensable a la supervisión clínica académica y legalmente de la psicología clínica y de la salud— en términos de homogeneizar los estándares de calidad en el servicio. Los desafíos se proponen como primeros pasos en esa construcción y se describirán en orden diacrónico. Esto es, en primer lugar, es necesario establecer un modelo de supervisión, al que subyace adoptar una conceptualización (de esta y sus componentes), metas, principios, estructura legal y ética; todo ello se explicará a continuación.

Supervisión clínica

La supervisión se considera un componente esencial de la efectividad de los modernos sistemas de salud y los programas de entrenamiento en atención en salud (Kadushin & Hatkness, 2002; Kilminster & Jolly, 2000; Milne, Sheikh, Pattison, & Wilkinson, 2011). Además, existen otras razones para considerar la supervisión como algo por demás importante (Allan, Mclukie, & Hoffecker, 2017; Johnson, 2006):

1. Por una cuestión de responsabilidad profesional, ya que a través de la supervisión se asegura la comprensión y conocimiento de los principios éticos de la profesión.
2. Porque los usuarios están más conscientes de lo que deben esperar de los servicios profesionales.
3. Porque una manera de proteger al cliente es procurando que el supervisado aprenda las tareas profesionales y roles (como control de calidad).
4. Para que el supervisado aprenda y desarrolle conocimiento y habilidades en su campo de experiencia, optimizando la calidad de su trabajo.
5. Para generar una red de contactos, de manera que participen en actividades profesionales-académicas que contribuyan al crecimiento de la práctica clínica.
6. Para ayudar a que el supervisado trabaje en aspectos de servicio y desarrollo de estrategias apropiadas para asistir a los pacientes con diversos contextos culturales.

Por tanto, dentro de los desafíos que enfrenta la psicología clínica y de la salud, se propone que la definición de supervisión que debe asumirse es la conceptualizada como una relación de colaboración, de facilitación y evaluativa, que se proporciona a lo largo del tiempo (APA, 2014; Bernard & Goodyear, 1992). Su propósito es fomentar la competencia profesional y la práctica informada, basada en el conocimiento científico del supervisado, a través del monitoreo de la

calidad de los servicios profesionales ofrecidos a los clientes, con el fin de asegurar el bienestar del paciente y proporcionar un reconocimiento profesional (APA, 2014). Igualmente, debe concebirse como un proceso estructurado por medio de acuerdos y objetivos que facilitan la consecución de tareas dirigidas al mejoramiento profesional, que fortalecen los lazos de cooperación en la profesionalización del supervisado, manteniendo altos niveles de motivación, apoyo, retroalimentación, así como estructura en su praxis (Dye & Borders, 1990; Scott, Boylan, & Jungers, 2015).

Particularmente, se cree que la supervisión, en el ámbito de la Psicología, es el medio idóneo para la enseñanza de habilidades y técnicas necesarias para el aprendizaje y crecimiento profesional, que contribuye al proceso de formación de la identidad profesional a través de la práctica de la Psicoterapia (Cooper & Witenberg, 1983; Greben, 1991; Hart, 1982; Hoffman, 1994; Scott et al., 2015). Esta brinda al supervisado la retroalimentación de su desempeño en un escenario real, así como la orientación en tiempos de confusión y necesidad (Cooper & Witenberg, 1983; Greben, 1991, Hart, 1982; Hoffman, 1994, Scott et al., 2015). Proporciona, asimismo, la oportunidad de obtener diferentes puntos de vista respecto de las intervenciones y el curso del tratamiento; ayuda también al mejoramiento y eficacia de la capacidad conceptual, de intervención, evaluación e implementación de las habilidades necesarias para la administración efectiva de una terapia.

La identificación y adecuada instrucción de estas competencias son trascendentales para la realización de tareas clínicas específicas (Falender & Shafranske, 2007). Esta discriminación permite dirigir la atención a las habilidades que requieren ser adquiridas o potenciadas con el fin de alcanzar el perfil del terapeuta idóneo. Entre más específica sea la discriminación entre las competencias, mayor será el grado de atención que estas reciban; por lo tanto, el entrenamiento se verá enriquecido en menor tiempo (Bers, 2001; Falender & Shafranske, 2007).

Las sesiones de supervisión (de los casos) no están limitadas y podrían realizarse de acuerdo a las necesidades e infraestructura de cualquier contexto profesional. Por ejemplo, pueden hacerse a través de una presentación de casos, video o audios de la exploración de los problemas del terapeuta o registros de procesos psicoterapéuticos. Estas pueden llevarse a cabo de uno a uno, triádico (un supervisor, una díada), grupal, en vivo (con un micrófono en el oído), en grupos de consulta o de reflexión, incluso en línea (Allan et al., 2017).

Así, la necesidad de un programa de supervisión se justifica porque hace trascender la profesionalización, pues ante la adquisición de las habilidades específicas, la capacidad de un terapeuta se dirige para proporcionar una atención eficaz, resultando en una intervención más efectiva (Liese & Beck, 1997).

Modelo causal de supervisión

Un modelo de supervisión es una manera sistemática en la que se aplica la supervisión. Se han desarrollado diversos modelos; sin embargo, en este capítulo se sugiere uno para que sea asumido en el esquema de los desafíos de psicología clínica y de la salud en México. Este modelo es uno

de los más aceptados, recientes y con mayor evidencia empírica (Basa, 2017), ya que no supone un enfoque teórico psicoterapéutico; permite instrumentar y evaluar el proceso de supervisión; ofrece un modelo de enseñanza supervisada y puede ser fácilmente aplicado por su parsimonia (Johnston, 2006).

El principal supuesto del modelo de aproximación sistémica de Holloway (1995) entiende a la supervisión como una “alianza de aprendizaje”, donde el supervisor fomenta la creación de un ambiente de aprendizaje para los supervisados. Propone que el modelo debe ser usado para tres propósitos: 1) Como un marco de referencia para que los supervisores trabajen a través de problemas; 2) Para conceptualizar los casos y, 3) Para el entrenamiento del supervisor (Johnston, 2006).

De acuerdo con Holloway (1995), existen siete componentes del modelo, que son dinámicos porque se influyen mutuamente y están altamente interrelacionados; incluyen: 1) La institución (estructura industrial, ética profesional y estándares); 2) El cliente (características, problemas identificados y diagnóstico); 3) El supervisor (experiencia profesional, rol en la supervisión, orientación teórica, características culturales y autopresentación —conductas verbales y no verbales que las personas expresan para dejar una impresión deseada en el otro—); 4) El supervisado (experiencia en consejería/psicoterapia, orientación teórica, necesidades y estilo de aprendizaje, características culturales y autopresentación); 5) Las funciones de la supervisión; 6) Las tareas de la supervisión; y 7) La relación de supervisión.

Al respecto, en la recomendación de este capítulo hacia los desafíos, sugerimos que los siete componentes sean considerados con cautela, ya que son esenciales en la consecución de un modelo de supervisión efectivo. Por lo que se describirán a continuación del último al primero. En este sentido, la *relación producida durante la supervisión* es el centro del modelo. Para Holloway (1995), esta incorpora tres factores que, a su vez, influyen en dicha relación. La estructura interpersonal (distribución del poder, así como el grado de involucramiento entre ellos); la fase de la relación (el inicio/el establecimiento del contrato/la madurez de las habilidades y los vínculos/el final), y el contrato de supervisión (establecimiento de expectativas para las tareas y funciones de la supervisión).

El proceso de supervisión no corresponde a un sistema unidireccional, lejos de ello, el éxito de estos modelos reside en el buen entendimiento de ambas partes. La calidad de la relación de supervisión se asocia con una evaluación más efectiva (APA, 2014; Lehrman-Waterman & Ladany, 2001). Por lo tanto, su riqueza radica en su bidireccionalidad, en la responsabilidad compartida. Bordin (1983, citado en Liese & Beck, 1997), por ejemplo, describe la supervisión como una colaboración para el cambio. Y para que esta se establezca, las características interpersonales de ambos participantes son vitales; aquí es donde la calidez, aceptación y confianza cobran mayor relevancia. Cuando existen problemáticas dentro de la supervisión, pueden relacionarse con el supervisor, el terapeuta, o comúnmente, con la interacción entre ambos (Liese & Beck 1997).

Rast, Herman, Rousmaniere, Whipple y Swift (2017) realizaron un estudio cualitativo cuyo fin fue averiguar la percepción de los supervisores y los supervisados sobre el impacto de la supervisión en el resultado del cliente. Participaron 109 supervisores y 120 supervisados. Los supervisores más frecuentemente pensaban que al dotar al supervisado de *crecimiento profesional y personal* (a través de la identificación de los problemas personales o del abordaje de los problemas en el desarrollo profesional) y al promocionar la alianza con sus clientes (a través de *relación terapéutica*), se alentaba un buen pronóstico al cliente.

Los supervisados refirieron, en primer lugar, que lo que apoyaba su ejecución con el cliente era *la relación con su supervisor*, con rúbricas como: “*mi supervisor me ayuda a sentirme respaldado*”, “*me asegura que puedo ser el mejor para mis clientes*”. En segundo lugar, mencionaron a las técnicas y modelos para aprender psicoterapia. Ambos grupos coincidieron en que la relación de la supervisión era benéfica para el cliente. Estos resultados resaltan la sensibilidad del modelo propuesto, pues le otorgan valía a la relación del supervisado con su supervisor.

En *las tareas de supervisión*, el supervisor tiene que ser capaz de elegir sus funciones para apoyar *al supervisado* en alcanzar su crecimiento profesional y personal. Holloway (1995) las denominó objetivos de enseñanza. Se han categorizado en cinco: 1) Consejería (dirigido a ayudar al supervisado sobre qué tipo de acciones necesita llevar a cabo con su cliente; 2) Conceptualización del caso (comprender la conducta del cliente —a través de su historia y de su motivo de consulta— con el marco teórico de referencia y diseñar un plan de tratamiento; 3) Rol profesional (establecido a través del contrato, donde se describen los roles individuales del supervisor y el supervisado); 4) Consciencia emocional (oportunidad para el supervisado de reflexionar sobre sus propios sentimientos, pensamientos y acciones que derivan de su trabajo con los clientes y con el supervisor), y 5) Autoevaluación (oportunidad para el supervisado de examinarse como un profesional en un ambiente sin juicios, reconociendo sus límites, efectividad y progreso) (Johnston, 2006).

Por ejemplo, algunos autores coinciden en que, la conceptualización de casos, aunque es una habilidad basada en el estudio de la teoría, solo evoluciona a través de la experiencia práctica de trabajar con clientes, desarrollada de manera más significativa por la supervisión sistemática (Armstrong & Freeston, 2003; Prasko, Vyskocilova, Slepecky, & Novotny, 2012).

La importancia de especificar los objetivos de enseñanza de esta manera permite, según el análisis de Lehrman-Waterman y Ladany (2001), una evaluación efectiva. Esto predice mayor satisfacción en los alumnos, lo que apoya la calidad de la relación de supervisión. En este sentido, estudios como el de Hutt (1983, citado en Lehrman-Waterman & Ladany, 2001) muestran que las experiencias positivas de supervisión están asociadas a una retroalimentación equilibrada, mientras que su contraparte está regida por el exceso de retroalimentación, principalmente negativa, y por las experiencias negativas de supervisión (como que el supervisor quiera tener siempre la razón). De acuerdo con Worthington (1984, citado en Lehrman-Waterman & Ladany, 2001), el valor de la supervisión está sujeto a la presencia de la retroalimentación, lo cual prevé una experiencia grata del proceso de supervisión.

Si bien no hay un perfil específico de *un supervisor*, dentro de la literatura se encontraron una serie de características que atañen a la buena práctica de esta labor. El supervisor debe ser experto en su profesión (e.g., en consejería, en supervisión, con una orientación teórica definida); contar con las habilidades adecuadas para enseñar y evaluar las competencias necesarias del futuro terapeuta; contar con los atributos para darle estructura a este proceso, en términos de actitudes y conductas para la supervisión (Bernard & Goodyear, 1998). Se esperaría, por lo tanto, que el supervisor sea atento, comprensivo (Carifio & Hess, 1987; Holloway, 1997), con altos grados de empatía y apertura (Kilminster & Jolly, 2000; Watkins, 2017). Todo lo anterior, para propiciar una adecuada relación y comunicación entre el supervisor y el supervisado.

De acuerdo con este modelo, *el supervisor debe realizar ciertas funciones* para desarrollar un adecuado rol. La primera es una responsabilidad ética y profesional: el monitoreo y la evaluación sobre la ejecución del supervisado y cómo se relaciona con su rol profesional. Esta retroalimentación para mejorar el aprendizaje requiere ser entregada de manera regular (The College of Psychologist of Ontario [CPO], 2009), y puede ser negativa o positiva. La segunda función del supervisor radica en instruir y aconsejar, esto es, proporciona información, opiniones, sugerencias y aconsejar al supervisado sobre cómo manejar el caso, en función de su conocimiento y habilidad. La tercera reside en modelar la ejecución profesional, de manera que el supervisado aprenda lo que se espera. En la cuarta, el supervisor consulta o explora la opinión del supervisado, para observar sus habilidades de resolución de problemas clínicos y profesionales.

Finalmente, según esta autora, el estilo del supervisor, para fomentar el desarrollo profesional y personal del supervisado debe ser a través de atención empática, y animar a la confrontación constructiva. En este caso, se asume que el supervisado necesita experimentar al supervisor como confiable y respetable para que perciba sus opiniones como importantes, incluso menciona que la relación de supervisión debe ser cercana y la comunicación bidireccional, como ya se ha descrito (Johnston, 2006).

Dentro de la literatura, encontramos algunas de las problemáticas del supervisor y del supervisado en este proceso. Magnuson, Wilcoxon y Norem (2000) comparten algunos principios generales de lo que llamaron *perfil de mala supervisión*. Cuyas características van desde el énfasis en algunas cualidades del proceso de supervisión, dejando de lado otras, hasta aquellos que no proporcionan retroalimentación, y otros, que no se adaptan a las necesidades o estrategias de aprendizaje de cada supervisado. Según Liese y Beck (1997), una mala supervisión es aquella en la que los supervisores suelen ser cálidos o amables, pero proporcionan poca retroalimentación, o menos de la indispensable, para la adecuada evolución del supervisado; otros son más herméticos, no aceptan otra opinión si no es al menos similar a la suya. Estas características fracturan de manera significativa la interacción entre ambos participantes del proceso en cuestión.

Según el modelo, *el supervisado* puede influir de cinco modos en la relación de supervisión. Incluyen la experiencia que posee en cuanto a consejería o apoyo psicológico, su orientación teórica, su estilo y necesidades de aprendizaje, sus características culturales y autopresentación (Holloway, 1995).

Las habilidades clínicas, por ejemplo, son parte importante de la formación en terapia y, por lo tanto, pieza clave para la supervisión; es por ello que su evaluación puede ofrecer un marco referencial para valorar el desempeño del supervisado. En el proceso de la supervisión este elemento es importante, pues de acuerdo con Holloway (1995), esa experiencia determina la expectativa del supervisor y, por tanto, la relación entre ellos.

Así como la experiencia profesional del supervisado, la orientación teórica va a influir fundamentalmente en el proceso de enseñanza-aprendizaje, ya que determina la manera en que este interpreta y conceptualiza un caso. Lo anterior redundará en cómo se relaciona con el supervisor (Holloway, 1995). Según Lambert y Ogles (1997), independientemente de la orientación teórica, debe existir un consenso de actitudes y comportamientos entre ambos, que faciliten los propósitos generales de la psicoterapia.

Las *características culturales* se refieren al sistema de creencias de ambos que influye en la supervisión, en las actitudes, conductas y percepción del otro. Igualmente, la autopresentación, es decir, la imagen que se quiere dar al exterior, tiene un efecto en las acciones y actitudes hacia el otro, en la estrategia de enseñanza del supervisor, la comunicación, etcétera (Holloway, 1995).

Como se mencionó, el cliente es un elemento esencial en la relación de supervisión. Según Holloway (1995), hay que considerarlo porque influye por sus características, por el problema y diagnóstico identificado y por su relación con la consejería. Principalmente se encontró que el supervisor considerará las características de la edad, el género y la etnicidad para ayudar al supervisado a manejar el caso. El conocimiento sobre el motivo de consulta, la sintomatología, los eventos históricos significativos y la historia reciente aseguran que el caso se ha conceptualizado y diagnosticado correctamente, de manera que el cliente reciba el tratamiento más adecuado.

Finalmente, los factores organizacionales son el contexto de la dinámica de la relación de la supervisión. Para Holloway (1995), esos factores los representan las agencias gubernamentales de atención, la estructura y el clima organizacional, así como la ética profesional y los estándares de la organización. Estos factores empatan con la última parte de nuestra propuesta, en cuanto a los desafíos, es decir, la parte ética y legal de la supervisión. Se explicarán considerándolos una meta a alcanzar en nuestro esquema mexicano en función de esa pretensión.

En primer lugar, se encuentra la influencia de las agencias gubernamentales de atención en la supervisión. Estos pueden subespecializar las competencias del supervisado en función de la población a la que están dirigidos —ya que estas suelen enfocarse a subgrupos con problemáticas particulares—. Básicamente, las variables organizacionales de la agencia (edad, motivo de consulta) determinan la estructura y los sistemas (procedimientos y políticas). En segundo lugar, según Holloway (1995), las normas organizacionales y las políticas invaden la relación de supervisión. Estos factores pueden modificar el rol del supervisor, en términos de su atención y motivación hacia su rol. Este clima también puede provocar índices de agotamiento o estrés, lo que disminuye la motivación y su nivel de ejecución con el cliente. En tercer lugar, mundialmente, las agrupaciones profesionales han creado guías éticas y estándares profesionales que proporcionan indicaciones

sobre la supervisión. Es innegable que esta relación (entre supervisado y supervisor) en su práctica subyace y tiene que resolver cuestiones éticas complejas (Johnston, 2006). En otras cuestiones porque el supervisor es un profesional que debe cumplir con estándares éticos en cuanto a la relación y como estrategia pedagógica hacia el supervisado. Las situaciones que propone Holloway (1995) son las relaciones duales (establecer una relación amistosa o terapéutica entre supervisor y supervisado); la confidencialidad (divulgación de información discutida en supervisión a una tercera parte), y los límites de la competencia profesional (casos en los que el supervisor no acepta no tener la competencia para atenderlos). Del manejo adecuado de estos paradigmas, depende la relación de supervisión, como el desarrollo profesional del supervisado.

Discusión y conclusiones

El patrón de conducta de las enfermedades crónicas demanda atención de alto nivel de especialización, de larga duración y de diversos tipos, generando la necesidad de profesionales preparados en términos interdisciplinarios y competentes, que proporcionen cuidado efectivo. Este capítulo se ha enfocado en mostrar que la supervisión clínica es indispensable en el proceso de adquisición de la competencia profesional clínica en la psicología de la salud, y que de la supervisión depende el tener la cantidad de profesionales que se necesitan y garantizar la calidad de la atención que se proporciona y de ahí la reputación de la profesión.

Con base en la información obtenida, nos percatamos que en México se carece de programas académicos en términos de educación universitaria pública, primero, que se enfoquen en la atención psicológica de pacientes con enfermedades físicas; segundo, que proporcionen formación sistemática y organizada, con profesionales capacitados y en contextos adecuados y reales para llevarlos a cabo; y mucho menos, que tengan la estructura legal y profesional que haga obligatoria su ejecución, como parte inherente de la profesionalización de los que están aprendiendo. Todo ello provoca que los alumnos se gradúen con competencias teóricas, con experiencia práctica escasa y de baja calidad, ya que no reciben la supervisión adecuada para su formación.

Por lo que consideramos que para resolver estas problemáticas es indispensable promover la consciencia de la importancia del proceso de adquisición de competencias clínicas a través de la supervisión. Enseguida, sería necesario ir detallando (en la teoría) marcos legales que regulen la profesión del psicólogo en estos términos y basados en el contexto y recursos que se poseen —ya que las existentes son vagas y tienden a la interpretación—. Posteriormente, encauzar los pocos recursos existentes, propios de los países en desarrollo, hacia prácticas piloto de las mejores condiciones en las que se podría implementar la supervisión, por cada institución universitaria, tomando en cuenta cada punto descrito en el modelo propuesto en este capítulo. De manera que, al final, se pudiera identificar cuál es la mejor vía para llevarlo a cabo y cuáles no son las acciones a realizar.

En términos del modelo propuesto, aquellas universidades que pudieran realizar el piloto tendrían que cumplir con ciertas características indispensables, como una infraestructura donde

se imparten teóricamente materias clínicas relacionadas con la psicología de la salud; espacios adecuados, como una clínica universitaria que contenga cámaras de Gesell para que los alumnos practiquen; profesores con experiencia y formados con posgrados clínicos, y si fuera posible en psicología de la salud. Estas universidades tendrían que considerar estructurar en el programa de supervisión: responsabilidades y beneficios a obtener para cada uno de los miembros de la supervisión; características de los pacientes que se atenderán; a partir de las competencias que se promoverán en el supervisado, las herramientas de evaluación para explorar los resultados obtenidos de la supervisión; tener presente que el supervisor y el supervisado tienen que compartir la orientación teórica, los objetivos a alcanzar, estilos de aprendizaje y enseñanza, y que esto último tiene que ser flexible, dependiendo de la díaada.

Más que una protesta, la intención de este capítulo se dirige a la identificación y evaluación de la problemática con el fin de ubicar y fundamentar las soluciones, con base en un modelo teórico aceptado y validado empíricamente. Nuestra postura es optimista en el sentido de que consideramos que la psicología de la salud en México podrá avanzar y ser reconocida en la medida en que se cuente con profesionales entrenados, a través de un modelo de supervisión bien definido y evaluado, que demuestre su efectividad para dotar a los psicólogos de las competencias que requieren para realizar actividades clínicas y de investigación en contextos de salud dentro de un equipo interdisciplinario. De manera que sea posible responder cabal y profesionalmente a las demandas del contexto de salud-enfermedad que estamos enfrentando en la actualidad.

Sin olvidar que la psicología (como todas las disciplinas científicas) está obligada a evolucionar continuamente y que su nexos con el dinamismo de la vida está sujeto a las problemáticas sociales, la evolución tecnológica, los ideales, el contexto actual, etcétera. Las demandas de la sociedad para la materia son incesantes. Es por ello que consideramos que el destino de esta profesión depende del adecuado reconocimiento de estas situaciones, y de las propuestas de solución, con base en las prioridades sociales, así como en su activa y constante práctica.

Referencias

- Allan, R., Mcluckie, A., & Hoffecker, L. (2017). Effects of clinical supervision of mental health professionals on supervisee knowledge, skills, attitudes and behaviour, and client outcomes: protocol for a systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 13(1), 1-44. <https://doi.org/10.1002/CL2.179>
- American Psychological Association (APA). (2014). *APA Guidelines for clinical supervision in health service psychology*. Recuperado de <http://apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>
- American Psychological Association (APA). (2018a). *Psychology: Science in action. Understanding health psychology*. Recuperado de <https://www.apa.org/action/science/health/index.aspx>
- American Psychological Association (APA). (2018b). *Clinical health psychology*. Recuperado de <https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/health.aspx>

- Armstrong, P. & Freeston, M. (2003). Conceptualizing and reformulating cognitive therapy supervision. En M. Bruch, & F. Bond, *Beyond Diagnosis. Case formulation approaches in CBT* (pp. 49-71). London: Wiley.
- Basa, V. (2017). Supervisor-supervisee relationship and alliance. *European Journal of Counselling, Theory, Research and Practice, 1*, 1-5.
- Bazán, G.E. (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Psicología y Ciencia Social, 5*(1), 20-26.
- Bernard, J. M., & Goodyear, R. K. (1992). *Fundamentals of clinical supervision*. Boston: Allyn & Bacon.
- Bers, T.H. (2001). Measuring and Reporting Competencies. *New Directions for Institutional Research, 110*, 29-40. <https://doi.org/10.1002/ir.9>
- Blair, D. (Ed.). (1992). *The Macquarie junior dictionary*. Milton, QLD: Jacaranda Press.
- Carifio, M., & Hess, A. (1987). Who is the ideal supervisor? *Professional Psychology: Research and Practice, 18*(3), 244-250.
- Colegio Mexicano de Profesionales de la Psicología (COMEPPSI). (s/f). *Certificación profesional*. Recuperado de <http://comeppsi.com/certificacion-profesional>.
- Cooper, A., & Witenberg, E.G. (1983). Stimulation of Curiosity in the Supervisory Process of Psychoanalysis. *Contemporary Psychoanalysis, 19*(2), 248-264. <https://doi.org/10.1080/00107530.1983.10746607>
- Dye, H. & Borders, L. (1990) Counseling supervisors: standards for preparation and practice. *Journal of Counseling & Development, 69*(1), 27-29.
- Díaz Facio Lince, V.E. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia, 2*(1), 57-71.
- Falender, C.A., & Shafranske, E.P. (2007). Competence in competency-based supervision practice: construct and application. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*(3), 232-240.
- Fundación de Educación para la Salud (FUNDADEPS). (2018). *Atlas mundial de la salud, panorama epidemiológico*. Recuperado de <http://www.atlasdelasalud.org/seccion.aspx?idbloque=2>
- Greben, S.E. (1991). Interpersonal aspects of the supervision of individual psychotherapy. *American Journal Psychotherapy, 45*(3), 306-16. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1991.45.3.306>
- Hart, G.M. (1982). *The process of clinical supervision*. Baltimore: University Park Press.
- Hoffman, L.W. (1994). The Training of Psychotherapy Supervisors: A Barren Scape. *Psychotherapy in Private Practice, 13*(1), 23-42. https://doi.org/10.1300/J294v13n01_02
- Holloway, E.L. (1995). *Clinical supervision: A systems approach*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Holloway, E.L. (1997). Structures for the analysis and teaching of supervision. In C.E. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 249-276). New York: Wiley.

- Johnston, K. (2006). *Defining the nature and outcomes of Australian professional supervision: Applying Holloway's Systems Approach* (PhD thesis). Queensland University of Technology, Brisbane, Australia.
- Kadushin, A. & Harkness, D. (2002). *Supervision in social work*. New York: Columbia University Press.
- Kilminster, S.M., & Jolly, B.C. (2000). Effective supervision in clinical practice settings: a literature review. *Medical Education*, 34(10), 827-840. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2000.00758.x>
- Lambert, M., & Ogles, B. (1997). The effectiveness of psychotherapy supervision. En C. Watkins, *Handbook of psychotherapy supervision*. London: Wiley.
- Lehrman-Waterman, D., & Ladany, N. (2001). Development and validation of the evaluation process within supervision inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 48(2), 168-177.
- Ley de Salud Mental del Distrito Federal. (2011). Asamblea legislativa del Distrito Federal, VI Legislatura. *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 23-02-2011. <http://aldf.gob.mx/archivo-2b00f46641b3fa38c97453e24b3f8468.pdf>
- Liese, B.S., & Beck, J.S. (1997). Cognitive therapy supervision. En C.E. Watkins (Ed.), *Handbook of psychotherapy supervision* (pp. 114-133). New York: Wiley.
- Magnuson, S., Wilcoxon, S., & Norem, K. (2000). A Profile of Lousy supervision: experienced counselors' perspectives. *Counselor Education and Supervision*, 39, 189-202x.
- Milne, D.L., Sheikh, A.I., Pattison, S., & Wilkinson, A. (2011). Evidence-based training for clinical supervisors: A systematic review of 11 controlled studies. *The Clinical Supervisor*, 30(1), 53-71.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). *Enfermedades no transmisibles*. Recuperado de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Prasko, J., Vyskocilova, J., Slepecky, M., & Novotny, M. (2012). Principles of supervision in cognitive behavioural therapy. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacky*, 156(1), 70-79.
- Piña, J.A., & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669-679.
- Piña, J.A., Sánchez-Bravo, C., García-Cedillo, I., Ybarra, J.L., & García-Cadena, C.H. (2013). Psicología y salud en México: algunas reflexiones basadas en el sentido común y la experiencia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 9(2), 347-360.
- Rast, K.A., Herman, D.J., Rousmaniere, T.G., Whipple, J.L., & Swift, J.K. (2017). Perceived impact on client outcomes: The perspectives of practicing supervisors and supervisees. *SAGE Open*, 7(1), 1-10.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2012). *Aspectos contemporáneos de la regulación de la psicoterapia y el consejo psicológico en México*. Recuperado de http://www.healthnet.unam.mx/index_sp.html

- Scott, J., Boylan, J., & Jungers, C.M. (2015). *Practicum and internship: Textbook and resource guide for counseling and psychotherapy*. New York: Routledge.
- Secretaría de Salud (2015). *Informe sobre la salud de los mexicanos. Dirección general del desempeño: Diagnóstico general de la salud poblacional*. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf
- Society for Health Psychology (2018). *Training programs in clinical health psychology*. Recuperado de <https://www.societyforhealthpsychology.org/training/programs/programs-clinical-health-psychology>
- Sociedad Mexicana de Psicología (SMP). (2007). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Soto-Estrada, G., Moreno-Altamirano, L., & Pahua, D. (2016). Panorama epidemiológico de México, principales causas de morbilidad y mortalidad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 59(6), 8-22.
- The College of Psychologist of Ontario (CPO). (2009). *Supervision resource manual*. Ontario, Canada: Regulating Psychologist and Psychological Associates.
- Vera, M. (2000). Revisión crítica a la teoría de la transición epidemiológica. *Papeles de Población*, 6(25), 179-206.
- Watkins, E. (2017). How does psychotherapy supervision work? Contributions of connection, conception, Allegiance, Alignment and Action. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(2), 201-217.

Capítulo 5

La psicooncología en el modelo de psicología de la salud: sus contribuciones

*María del Carmen Llantá Abreu**

El cáncer es uno de los más graves problemas de salud en el mundo, realidad de la cual también es parte la región de América Latina y el Caribe; esta enfermedad es la segunda causa de muerte en las Américas, llegando a provocar en 2018 alrededor de 1.3 millones de defunciones. Se estima que el número de casos de cáncer aumentará en los próximos años un 32%, superando los 5 millones de nuevos casos en 2030, en buena medida merced al envejecimiento de la población y a la transición epidemiológica en los países de la región. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2019), alrededor del 40% de “todos los casos de cáncer podrían prevenirse evitando factores de riesgo clave como el tabaco, el consumo abusivo de alcohol, la dieta poco saludable y la inactividad física” (párr.1); adicionalmente, alrededor del 30% de los casos pueden eventualmente curarse si se detectan con oportunidad y se tratan adecuadamente. Los cuidados paliativos se recomiendan para todos los pacientes de cáncer recibiendo un tratamiento más personalizado y humano.

En el *Forum Global de Oncología*, celebrado en Lugano, Suiza, en el 2014, se destacó la idea de “tratar lo tratable”, reforzando la creciente transición a la cronicidad y llamando la atención sobre la demanda de servicios de salud en función del incremento acelerado de la prevalencia de la enfermedad, que se estima entre el 25 y el 50% en la supervivencia en adultos a 10 años del diagnóstico original. Esta transición deja claro que aunque se tenga éxito en el diagnóstico precoz y en la calidad de los tratamientos, con la evolución cada vez más crónica del cáncer se tendría un aumento neto de la prevalencia del cáncer avanzado (Lage, 2015), por lo cual hay que pensar no solo en la cantidad de vida sino en la calidad de la misma (Grau, Llantá, & Chacón, 2016). Esto último se impone como una tarea axial dentro de la psicooncología actual.

Los avances de la medicina durante todo el siglo xx y en lo que va del xxi se han caracterizado por el progreso tecnológico en detrimento del enfoque humanístico, lo que condiciona que,

**Servicio de Psicooncología y Trabajo Social, Instituto Nacional de Oncología Radiobiología, Universidad Médica, La Habana, Cuba.*

con mucha frecuencia, en el campo de la oncología los médicos se centran en el tumor y sus formas de atacarlo, no así en la dimensión humana del problema; ello, a pesar de que en la literatura existente sobre cáncer se hace énfasis en el impacto psicológico que esta enfermedad tiene tanto en el paciente como en la familia, dadas las características limitantes e invalidantes de la misma y la amenaza explícita o no de muerte (Llantá, 2013). Su impacto, sin embargo, no está dado solamente por las estadísticas y los estudios epidemiológicos clásicos. La sospecha de padecer algún tipo de cáncer es una alarma por su asociación con las amenazas e incertidumbres que origina. Cuando las personas sospechan que sus dolencias o síntomas pueden estar asociados a un diagnóstico de cáncer, es muy frecuente que comiencen a sentir malestares que pueden llegar a transformarse en vivencias de sufrimiento.

El paciente se ve así en la necesidad de responder a estas amenazas, de adaptarse bruscamente a una nueva realidad. Además, es una realidad que se va modificando según cambian los tratamientos y evoluciona hacia la curación completa, la remisión temporal o la muerte. Se hace impostergable que los profesionales y el personal sanitario tengan plena conciencia y un claro compromiso emocional, tal y como lo refirió Bayés (2001), al hacer referencia a las vulnerabilidades de una persona cuando padece una enfermedad al sentirse amenazado por el malestar, la soledad, la anomalías, la invalidez y la succión del cuerpo por la enfermedad. Por tanto, el acto médico no consiste solo en manipular al organismo de los pacientes para evitar la muerte o mejorar su funcionamiento; incluye también la necesidad de proporcionarle calidad de vida, bienestar, y de tratar de alejar, en la medida de lo posible, el sufrimiento de sus vidas, en especial el que se produce en la confrontación de los enfermos con pérdidas —o expectativas de pérdidas— biológicas o psicológicas, subjetivamente importantes para ellos, y muy en especial, con la pérdida de la propia vida (Llantá, Grau, & Massip, 2005).

La psicooncología como campo de aplicación de la psicología de la salud

Uno de los más reconocidos estudiosos de la psicología de la salud y que ha centrado su cátedra en este tema, es el Dr. Francisco Morales Calatayud (Morales, 1999), quien la definió como una rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad, así como de la atención de la salud. El autor puso el énfasis en que a la psicología de la salud le debe interesar el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de la enfermedad y en su eventual recuperación; asimismo, en las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de la misma, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben.

Diversos son los escenarios donde los psicólogos de la salud pueden aplicar y desarrollar sus competencias profesionales, por lo que sus contenidos se harán más abarcadores y estarán

modulados por las diferentes funciones descritas, lo que condiciona las prioridades en las diversas tareas; esto no debe llevar al error de enmarcar de forma mecánica contenidos que limitarían el propio desarrollo de la psicología de la salud; el por qué de esta afirmación y sus manifestaciones en la psicooncología serán objeto de análisis en el presente capítulo al desarrollar algunas de sus tareas y funciones.

Por ejemplo, Piña (2010) propuso la necesidad de desarrollar diversas competencias, necesarias todas para el buen desempeño de la profesión, poniendo el énfasis, por un lado, en las *competencias teóricas y metodológicas* (saber qué y para qué), y por el otro, de las *competencias profesionales* (saber cómo o saber hacer); son competencias que no solo distinguen el campo de la psicología de la salud, sino que permiten la interrelación con profesionales afines en las cuales los psicológicos demostrarán en su aplicación práctica o profesional. Sin duda, lo expuesto anteriormente permitirá la excelencia en los servicios de salud y el éxito en el desempeño profesional de los psicólogos y, aunque no es objeto de este trabajo el desarrollo de este tema, lo consideramos muy importante tenerlo en cuenta como punto de partida, incluso para su desarrollo en otro momento. Si bien esas competencias serían la base de cualquier desempeño profesional, consideramos que el desarrollo de *saber hacer* se complementaría con el *hacer* y el *saber estar* —tan importante en la psicooncología—, donde algunos pacientes se sienten solos y abandonados por el distanciamiento emocional de los diferentes profesionales que brindan sus servicios de salud a aquellos. La proyección de trabajo de la psicología de la salud, tal y como se observa en la figura 1, corresponde a parte de lo expuesto por la profesora Infante (2015), quien propuso la integración de funciones y acciones, personas y escenarios hacia dónde dirigir las diferentes intervenciones. En la integración de los diferentes niveles de atención enmarcaremos el presente artículo.

Figura 1

Esquema de proyección de trabajo en psicología de la salud. Adaptado de Infante (2015).



La psicooncología, vista como un campo concreto de aplicación de psicología de la salud, tuvo que bregar un largo camino, pues se consideraba que desde una institución de tercer nivel era imposible que se insertara en el modelo de la psicología de la salud, por lo que no solo desde otros saberes sino desde nuestra ciencia se ha hecho difícil la comprensión de cuánto podía aportar la psicología oncológica al propio desarrollo de la psicología de la salud en la comprensión de los mecanismos psicológicos de las conductas asociadas a riesgos para contraer la enfermedad y en los mecanismos de ajustes al padecimiento. Así, gradualmente se han venido reconociendo sus contribuciones no solo por los propios psicooncólogos, sino por importantes estudiosos de la psicología de la salud (Morales, 2011).

La distinción conceptual y práctica de la *psicooncología* o *psicología oncológica* de la llamada *oncología psicosocial* va más allá de rebasar la concepción de definir a la primera como "...una subespecialidad dentro de la oncología", que se interesa primordialmente por las dimensiones psicosociales (respuestas emocionales de pacientes, familiares y cuidadores) y psicobiológicas (influencias psicológicas, conductuales y sociales en la morbilidad y la mortalidad) del cáncer (Die Trill, 2003; Dolbeault, Szpors, & Holland, 1999; Holland, 1992; Lorente, Aller, & Arias, 1996; Suárez, 2002).

Se define la psicología oncológica como un campo particular de la psicología de la salud, que sigue las regularidades de esta disciplina, aplicada al proceso salud-enfermedad en el caso del cáncer; mientras que la oncología psicosocial es una tendencia de la oncología, como especialidad médica, proyectada a considerar la integración de estas dos dimensiones: psicosociales y psicobiológicas. Una no niega a la otra, pues las dos son vertientes o aristas de problemas similares, pero desde perspectivas diferentes, aun cuando es necesario delimitarlas (Llantá et al., 2005).

Varios investigadores consideran en la actualidad a la psicooncología o psicología oncológica como campo de la psicología de la salud que se centra en el estudio e intervención sobre los factores psicológicos y sociales asociados al diagnóstico y tratamiento del paciente, sus familiares y el equipo de salud, así como en los factores comportamentales que afectan el riesgo de desarrollar la enfermedad y disminuir la supervivencia con el empleo de categorías, conceptos, métodos y técnicas propias de la psicología (Alvarado, Genovés, & Zapata, 2009; Bayés, 1991, 1999; Grau, Llantá, & Chacón, 2000; Llantá, Grau, & Chacón, 1996; Llantá et al., 2005; Parahyba, 2010).

Así, Cruzado (2003) define a la psicooncología como un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad; Die Trill (2003), por su parte, la concibe como una subespecialidad de la psicología clínica.

Se pudiera preguntar si a la psicología de la salud, como rama aplicada, no le debería preocupar y ocuparse por cuáles serían los procesos y categorías psicológicas que pudieran estar en la base o génesis de comportamientos no saludables: cómo ayudar a un individuo o grupo al ajuste

a la enfermedad, a la hospitalización, los tratamientos que son tan mutilantes y aversivos; cómo manejar la comunicación de malas noticias (expresar al paciente que tiene una enfermedad incurable o que está al final de su vida, pasar de un discurso curativo a uno paliativo, entre otros); cómo debe ser el proceso de acompañamiento y de apoyo a estas personas para no generar dependencia y potencializar o preservar su calidad de vida, ayudar a romper el proceso de la conspiración del silencio, sobre todo cuando es desadaptativo y a la prevención y control de las crisis de claudicación familiar, la muerte de un ser querido y a la elaboración un duelo adaptativo; cómo promocionar entornos laborales más saludables y elevar los niveles de satisfacción de pacientes familiares y equipo de trabajo, entre otras posibles interrogantes.

Se refiere que sus principales raíces o antecedentes pueden encontrarse en los factores siguientes (Bayés, 1991, 1999; Die Trill, 2003; Grau, Llantá, & Chacón, 1998):

1. Las intervenciones que desde la medicina conductual han estado dirigidas a alargar la supervivencia en los enfermos crónicos.
2. Los estudios de calidad de vida en pacientes oncológicos.
3. El desarrollo reciente de los cuidados paliativos.
4. El desarrollo de investigaciones en los campos temáticos del estrés y la psiconeuroinmunología, la psicología del dolor, los modelos de explicación y prevención de la influencia de factores psicosociales en el origen y desarrollo de numerosas enfermedades.
5. La creciente literatura especializada en estos temas.
6. La celebración de eventos, reuniones, encuentros en el tema, e incluso, la creación de sociedades científicas especializadas, como la International Psycho-Oncology Society (IPOS).

A manera de referencia, la psicooncología tiene una serie de tareas y restos en la actualidad que condicionan la superación del modelo biologicista y clínico tradicional. El problema del cáncer no solo se resuelve desde el descubrimiento de nuevas tecnologías para su diagnóstico y tratamiento; hay que centrarse e invertir también recursos en el área de la promoción y prevención para la educación en cáncer, que resultan a todas luces menos costosas y que, además, han demostrado su utilidad en la disminución de la incidencia de la enfermedad y en la mejora de la calidad de vida tanto de los pacientes como de sus familiares. De hecho, la psicooncología puede contribuir en esta lucha contra el cáncer (Grau et al., 2000; Llantá et al., 2005; Llantá, Grau, & Pire, 1998) de la siguiente manera:

1. Modificando hábitos y conductas de riesgo, estimulando estilos de vida más saludables.
2. Disminuyendo la vulnerabilidad personal a la enfermedad, especialmente a través del control del estrés, y aumentando los recursos personales de resistencia (afrontamientos y actitudes en la búsqueda de ayuda médica ante los signos de alerta, ante la necesidad de tratamientos difíciles, etcétera).
3. Eliminando distorsiones cognoscitivas y creencias irracionales en población sana y en riesgo, que contribuyan a “desestigmatizar” el cáncer como enfermedad incurable, que conduce in-

evitable e irremisiblemente al dolor, el sufrimiento y la muerte y a modificar la connotación psicosocial de esta enfermedad, la cual contribuye en considerable medida al incremento del tiempo de decisión de búsqueda médica cuando surgen los primeros indicios de la enfermedad.

4. Proporcionando una adecuada adherencia terapéutica, el cumplimiento exitoso de las prescripciones en cualquier tipo de tratamiento y recomendaciones.
5. Adecuando la información al paciente y la familia sobre la enfermedad, su curso y consecuencias.
6. Aumentando la responsabilidad y autonomía del propio enfermo, con incremento en la percepción de controlabilidad sobre su situación, lo cual disminuye el estrés, le permite afrontamientos más eficaces, incrementa la adhesión y mejora su calidad de vida.
7. Atenuando manifestaciones secundarias de tratamientos oncoespecíficos (control de miedos y ansiedad ante la cirugía y la radioterapia, adecuación de la imagen corporal, control de náuseas y vómitos relacionados con la quimioterapia, recomendaciones dietéticas, consejería para actividades sexuales, etcétera).
8. Aumentando la responsabilidad y autonomía del propio enfermo, con incremento en la percepción de controlabilidad sobre su situación, lo cual disminuye el estrés, le permite afrontamientos más eficaces, incrementa la adherencia y mejora su calidad de vida.
9. Controlando síntomas y discomfort emocional, preservando el máximo bienestar subjetivo posible, tanto en el paciente, como en sus familiares más allegados (control del dolor y de otros síntomas, incluyendo ansiedad, depresión, insomnio y confusión, terapia y orientación sexual, consejería familiar, etcétera).
10. Preparando al paciente y la familia cuando la muerte sea inevitable y el paciente se encuentre al final de su vida.
11. Adecuando las respuestas de duelo en los familiares, después de la muerte del paciente.
12. Previniendo o controlando el estrés laboral en los equipos de atención y el posible desgaste profesional o *burnout*.

De tal manera, las grandes tareas de la psicología en el control del cáncer serían (Llantá et al., 2005):

1. Prevención y educación en cáncer.
2. Desmitificación-desestigmatización del cáncer como enfermedad.
3. Asesoría en los programas de pesquizado y control del cáncer.
4. Asesoría en la información y la comunicación con pacientes y familiares.
5. Preparación para el diagnóstico y la hospitalización.
6. Intervenciones para el ajuste tras el diagnóstico.
7. Intervenciones con fines adaptativos o de disminución de síntomas ante problemas asociados a la enfermedad o a los tratamientos oncoespecíficos.

8. Rehabilitación psicosocial del enfermo oncológico aparentemente controlado.
9. Atención psicológica al enfermo terminal y su familia.
10. Prevención y control del estrés laboral y del desgaste profesional en los equipos de atención.

La psicología oncológica tiene un papel protagónico en la educación en cáncer, a lo largo de toda la enfermedad, pero desde la perspectiva salutogénica consideramos que es una de las áreas menos trabajadas por los psicooncólogos y desde donde se puede abrir un camino importante de trabajo futuro que incluya la comunicación, información y educación, desmitificación-desestigmatización del cáncer como enfermedad, asesoría en los programas de pesquizaje y control del cáncer, sobre todo en aquellos que pueden ser diagnosticados a partir del autoexamen como el cáncer de mama y el de testículos o aquellos en donde existen métodos de diagnóstico temprano y, por ende, de tratamientos oportunos como en el de cérvix (Middleton, 1996; Llantá et al., 2005). Para lograr tales propósitos se necesita un trabajo intersectorial e interdisciplinario, donde, por ejemplo, los medios masivos de comunicación dejen de titular al cáncer como “larga y penosa enfermedad”.

Se hace imprescindible el trabajo en la promoción de estilos de vida saludable para poder llevar una vida plena o contribuir a incrementar la calidad de vida de las personas si ya es reconocido el papel que desempeñan el tabaco, alcohol, dieta, prácticas sexuales desprotegidas, la exposición a determinadas sustancias nocivas, entre otras prácticas de riesgos asociadas a esta enfermedad. La psicología oncológica puede contribuir a desentrañar los mecanismos psicológicos que subyacen en la adopción y mantenimiento en los estilos de vida salutogénicos, estilos de vida dañinos en relación con los factores de riesgo para padecer un cáncer, fomentar el autocuidado y la autoresponsabilidad por la salud, haciendo que en la estructura jerárquica motivacional de las personas estos valores ocupen posiciones cimera, trabajar en los métodos activos en la modificación de conductas, diseñar estrategias de intervención comunitarias en la detección precoz de algunos tipos de cáncer y, sobre todo, en la búsqueda de atención médica disminuyendo los tiempos de decisión cuando por los signos de alerta, una persona sospecha tener alguna manifestación de enfermedad. Bayés (1991) hizo una sabia reflexión al respecto al expresar que el control de hábitos de riesgo y la adopción de estilos de vida saludables pueden salvar más vidas que todos los procedimientos de quimioterapia existentes.

Ya no basta con las investigaciones descriptivas o analíticas en función de los factores de riesgos asociados a este padecimiento, hay que adentrarse en los determinantes psicológicos, sociales y culturales de la salud, donde sin duda la psicooncología tendrá que desempeñar un papel más protagónico. En el modelo de la psicología oncológica se estructuran acciones no solo para el individuo sino para la familia, los grupos y para la comunidad. Las acciones comunitarias enfocan la promoción y prevención de salud con un entorno saludable y la prevención de la enfermedad con los grupos de riesgos o vulnerables, se realizan acciones para acortar los tiempos de decisión en busca de la ayuda médica variable, muy importante para un diagnóstico temprano y un tra-

tamiento oportuno. Se participa en los grupos de autoayuda y en algunos más específicos como pudieran ser los grupos de elaboración de duelo, entre otros. El tema de educación en cáncer es de significativa importancia como tarea que debe ser priorizada en muchos países, aunque los decisores de salud —en nuestra consideración— no le dan la jerarquía que tiene para el control de la salud y la enfermedad.

En el trabajo comunitario, el psicooncólogo además de trabajar sobre los estilos de vida saludable y los factores de riesgos que acercan a las personas o lo hacen más vulnerables a la enfermedad, como ya hemos referido, también trabaja para que esa comunidad constituya un verdadero grupo de apoyo que acoja al paciente desde el acompañamiento y pone a su disposición todos los recursos que puedan contribuir a una óptima recuperación. En la actualidad, la actitud de los propios pacientes ha ido cambiando desde el conocimiento del diagnóstico hasta una actitud más positiva y de afrontamientos adaptativos a su condición; sin embargo, persisten conductas de rechazo a la inserción social y laboral no solo desde los propios enfermos, sino también desde la comunidad y las instituciones empleadoras (Llantá, 2018a).

En el proceso de control de la enfermedad y de la rehabilitación la psicología oncológica o psicooncología puede contribuir con los diferentes protocolos de actuación a través de los manuales de organización y procedimientos que podrán permitir un mejor ajuste a la enfermedad y los tratamientos. En el caso de la curación no existen evidencias científicas que la psicología pueda curar el cáncer como ciencia independiente y sería un desatino científico pretender imponer este pensamiento; el cáncer está determinado por múltiples factores, pero se ha demostrado el papel de la psiquis a través de los mecanismos de la psiconeuroinmunología en el cáncer; sin embargo, aún persiste la ceguera psicológica entre quienes toman decisiones en el ámbito de la salud, en referencia a que las contribuciones que se hacen desde la psicología se pueden desarrollar e instrumentar en la lucha contra el cáncer.

Aplicada a las enfermedades malignas, sigue el que los pacientes se ajusten a su enfermedad, que aprendan a enfrentar su nueva situación, impidiendo —en la medida de lo posible— que se desvinculen de su entorno sociofamiliar, laboral-profesional y fomentando la autonomía y el bienestar subjetivo. La rehabilitación del paciente con cáncer es un tema insuficiente e inadecuadamente tratado en el campo de la oncología; son muy pocos los oncólogos que consideran a esta actividad de forma integral; más bien, se limitan a tratar de reestablecer el funcionamiento físico, obviando las demás dimensiones psicológica, social, espiritual, laboral y profesional; la otra gran limitación se enmarca en no considerar su carácter preventivo (Llantá et al., 2005).

En relación con los posibles factores psicosociales o psicobiológicos predictores de un deficiente ajuste psicológico al cáncer y que permiten el diseño de estrategias de intervenciones oportunas, serían los siguientes: apoyo social (calidad del apoyo, e.g. la calidad de las relaciones de pareja); patrones funcionales de la personalidad (tipo c, tipo i); eventos estresantes concomitantes en tiempo con diagnóstico y tratamientos (e.g., conflictos no resueltos, familias disfuncionales, duelos no adecuadamente elaborados o etapa aguda de duelo); estilos de afrontamiento,

antecedentes de enfermedades psiquiátricas, intentos o ideaciones suicidas, historia personal de alcoholismo o de promiscuidad sexual, estados emocionales negativos frecuentes (e.g., depresión, ansiedad, ira), autoestima e imagen corporal y lugar que ocupan en la estructura jerárquica motivacional, experiencias personales negativas de familiares con cáncer, historia anterior de adherencia a los tratamientos, experiencias previas de hospitalización, etapa del ciclo vital, impacto por localización del tumor y sus características clínicas, entre otros (Llantá & Grau, 2001).

Si bien las variables descritas anteriormente son necesarias, resultan insuficientes si se excluyen de las evaluaciones psicológicas aquellas que están más relacionadas con los modelos salutogénicos, llamadas también variables salutogénicas y que, en nuestra consideración, han sido menos estudiadas, por la victimización que culturalmente se ha hecho del proceso salud enfermedad en oncología. Tópico al cual dedicaremos atención más adelante por la importancia que reviste.

En el caso de Cuba se encuentran diseñados protocolos para pacientes en proceso de estudio diagnóstico y como preparación para este y la hospitalización; en pacientes con problemas asociados a la enfermedad o a los tratamientos oncoespecíficos: cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia; en pacientes controlados; en pacientes con recidivas; en pacientes tributarios de cuidados paliativos y, últimamente, se ha reconocido la importante participación del psicooncólogo en pacientes incluidos en los diferentes ensayos clínicos. Es importante destacar la labor de la psicooncología en los pacientes terminales y, especialmente, en el proceso de morir, donde con mucha frecuencia son abandonos o se impone el distanciamiento emocional con toda la carga de sufrimiento que esto puede conllevar para un paciente que no necesita de la lástima, pero sí de la compasión. Muchas de estas acciones se destacan en diferentes artículos científicos (Llantá, 2011; Llantá et al., 2005; Llantá, Massip, & Martínez, 2012).

El desarrollo de los manuales de organización y procedimientos desde la asistencia hacen énfasis en la atención personalizada y humanizada hacia pacientes y cuidadores. Los protocolos de actuación en estos pacientes implican la evaluación no solo de sus necesidades físicas o correlatos fisiológicos, sino también de sus necesidades psicológicas, sociales, espirituales, culturales, entre otras, las que sin duda se modificarán desde el propio diagnóstico o con solo tener la sospecha de una enfermedad oncológica. Se hace imprescindible para su tratamiento holístico e integral conocer el tipo de tumor, su localización, tiempo de evolución, estadio evolutivo, curso de la enfermedad y pronóstico, así como la significación atribuida al síntoma. También es importante la edad, con las particularidades de cada etapa evolutiva del desarrollo ontogenético de la personalidad y las limitaciones funcionales e implicación emocional, cognoscitiva y conductual que impone esta enfermedad. Asimismo, se requieren tener en cuenta los mecanismos de autorregulación personalológica, los recursos y potencialidades indemnes que pueda contribuir a un mejor ajuste del proceso, al valorar el impacto del diagnóstico y las implicaciones negativas del proceso de hospitalización, los efectos secundarios de los tratamientos a corto y largo plazo, así como de ser un sobreviviente de cáncer.

La evaluación de reacciones emocionales, sean normales o patológicas en el proceso de adaptación, se puede sustentar en el modelo de amenaza/recursos, donde la percepción de amenaza para el paciente, pero también para sus personas queridas, puede convertirse en fuente generadora de malestar emocional, sobre todo cuando se autoevalúan carente de recursos para hacerle frente a esta. Se hace éticamente defendible evaluar los recursos para no medicalizar el sufrimiento y sobre todo identificar que determinados estados emocionales pueden ser adaptativos a su situación y no tiene expresión psicopatológica desde la perspectiva clínica.

Tema de gran sensibilidad humana es, sin lugar a duda, la evaluación e intervención psicológica en pacientes tributarios de cuidados paliativos y al final de la vida. La evaluación psicológica del enfermo terminal deberá caracterizarse por:

1. Su carácter pluridimensional, con medidas de diversa naturaleza, su sencillez y facilidad de conducción (aplicación e interpretación).
2. Observación de los aspectos éticos implicados.
3. Incluir técnicas de autoreporte, precisas y eficaces, con validez y confiabilidad demostrada.
4. Determinación de las interacciones e interinfluencias entre los factores objeto de evaluación.
5. Evaluación continua, repetida, que permita intervenciones clínicas dinámicas y flexibles.
6. Centrarse en las vivencias de sufrimiento y amenaza al bienestar o la calidad de vida del paciente, con un enfoque individualizado.
7. Incluir indicadores de ajuste o adaptación de los pacientes a la enfermedad y a su situación terminal, o sea, conocer recursos conservados que puedan ser potenciados en la intervención, y no solo aspectos negativos, quejas o síntomas.
8. Considerar cada vez más la evaluación de la familia y, en especial, del cuidador primario, de la pareja y los familiares más allegados, en el desarrollo, mantenimiento o disminución del sufrimiento del enfermo y de la propia estabilidad familiar.
9. Tener en cuenta el grado de incapacidad, las afectaciones en la imagen corporal y las creencias de deterioro y de muerte, los aspectos relacionados con la espiritualidad dañada o conservada, del enfermo y de sus familiares.
10. Incluir la evaluación de las reacciones (emocionales, cognoscitivas y actitudinales) de los profesionales que proveen cuidados paliativos, ante el fracaso en el manejo del dolor u otros síntomas, aspectos derivados de la comunicación médico-paciente, etcétera, a fin de identificar tempranamente signos de desgaste profesional por el cuidado. También deberá incluir valoraciones de los familiares en la medida que los pacientes puedan presentar signos de deterioro cognoscitivo (Grau, Chacón, & Llantá, 2015).

Por lo general, a diferencia de otros tipos de pacientes, la evaluación psicológica en el enfermo que se encuentra al final de la vida no se centra en el estado actual de sus capacidades intelect-

tuales, ni en la estructura o cualidades de su personalidad. Más que todo debe dirigirse a evaluar aquellos factores que tienen que ver con la percepción de amenaza de los distintos eventos del proceso de vivir-morir por el que atraviesa el paciente, y con la percepción de recursos conservados; o sea, debe centrarse en el *sufrimiento* y la *calidad de vida* del enfermo y la familia. Estos dos grandes apartados engloban aspectos centrales para los cuales se han desarrollado procedimientos específicos de evaluación: *dolor y síntomas físicos relacionados con la enfermedad, síntomas psicológicos, emocionales y cognitivos, apoyo social, afrontamientos al estrés, adaptación y ajuste, ansiedad ante la muerte, funcionamiento sexual*, etcétera, que pueden revisarse con más detalle en la bibliografía especializada. Existen otras aristas de evaluación psicológica al final de la vida, pero estas son las más relevantes (Grau et al., 2015); sin embargo, no queremos dejar de mencionar una prometedora línea de investigación muy relacionada al sentido de vida y la espiritualidad como es la soledad existencial (Viel et al., 2019) y las consideraciones médicas, psicológicas, sociales y éticas al límite del esfuerzo terapéutico en oncología (Llantá, 2018b).

Desde la perspectiva de la psicooncología, las acciones de intervención en cuidados paliativos y al final de la vida deben enfocarse en el control de síntomas con medios o recursos psicológicos, minimizar las experiencias de sufrimientos, y preservar la calidad de vida, lo que no puede ser logrado sin un enfoque humanista del problema. Para lo cual, no solo se requieren de esas competencias necesarias para interactuar con el paciente, sino también para las acciones con la familia y para hacer del equipo interdisciplinario un verdadero trabajo en conjunto y no una cruzada donde no se respeten las aportaciones de cada disciplina o ciencia.

Desde la atención primaria, la familia juega un papel fundamental en la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, pero cuando la enfermedad está instaurada, o incluso cuando se tiene sospecha de padecerla, las acciones de intervención no solo recaen en los pacientes, sino también en la familia y, más específicamente, en los cuidadores primarios o los cuidadores informales, quienes constituyen su principal grupo de apoyo. En diversas investigaciones se hace referencia a que el cuidado de familiares enfermos produce en los cuidadores problemas de diversa índole, condicionado por el cumplimiento del papel de cuidador que lo lleva con mucha frecuencia al descuido de sus necesidades (Llantá, 2015; Llantá, Hernández, & Martínez, 2015; Martínez, Lorenzo, & Llantá, 2018; Oblitas & Palacios, 2011; Tripodoro, Veloso, & Llanos, 2015).

Se destaca la importancia de intervenciones para prevenir o tratar alteraciones psicológicas en la familia, las que tienen por objetivo potenciar los recursos internos y externos, así como disminuir sus vulnerabilidades, utilizando todas las técnicas psicológicas posibles y fomentar el ajuste al proceso, entre ellas: la terapia cognoscitivo-conductual, el manejo y expresión de emociones, la comunicación asertiva, la adecuación del proceso de información, la búsqueda de apoyo emocional, el *counselling*, etcétera. Las tareas fundamentales son: minimizar el impacto emocional del diagnóstico y los tratamientos, prevención de las crisis de claudicación familiar, manejo adecuado de la conspiración del silencio, preparación para la muerte y el duelo, la asesoría genética y el entrenamiento para el autocuidado, entre otras (Cruzado, 2003; Die Trill, 2003; Llantá, 2014, 2015; Llantá et al., 2005; Martínez et al., 2018).

Como otro grupo especial del trabajo del psicooncólogo, emergen las acciones encaminadas a preservar o potencializar la calidad de vida de los propios trabajadores del sector salud o sanitarios, un actor un tanto olvidado o abandonado en los entornos laborales. Se ha demostrado en múltiples estudios la importancia de la salud laboral y las empresas saludables, para la calidad y niveles de satisfacción con los servicios que se prestan a pacientes y familiares, pero también para la propia institución, sus trabajadores y sus familiares.

Uno de los fenómenos más estudiados en relación con la calidad de vida laboral es el del desgaste profesional o laboral, lo que en la actualidad no es un mito, sino una realidad en el campo de la oncología, y a lo que los decisores de salud deben prestar más atención. El estudio de Olkinoura, Asp y Juntunen (1990) demostró que los médicos oncólogos obtenían mayores índices del síndrome. Muchas son las causas que pueden llevar al médico a desarrollar el Síndrome de desgaste profesional (SDP), que van desde la carga horaria, carga asistencial, nuevas tecnologías, poca remuneración económica, falta de tiempo libre, problemas personales, familiares y con el grupo, poco apoyo institucional, etcétera. Pero también, las consecuencias del mismo pueden ser graves para el médico, el paciente y las instituciones, ya que se ha demostrado que existe una relación directa entre el SDP y la mala praxis, consumo de drogas y de antidepresivos por parte del personal sanitario; asimismo, disminución en el rendimiento laboral, deseos de abandono de la profesión e inclusive intentos suicidas, entre otros (Blanchar, Rodríguez, & Colombat 2012; Blanchar et al., 2010; Mark & Smith, 2012; Ramírez & Graham, 1996; Ramos, Tung, & Hallak, 2007; Shanafelt, 2013; Shanafelt et al., 2010; Shanafelt & Dyrbye, 2012; Shanafelt et al., 2013).

La Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO, por sus siglas en inglés) ha creado espacios en sus reuniones anuales para la discusión de este tema, además de impulsar las investigaciones en torno al mismo. Así, se han dado a conocer varios estudios auspiciados por dicha asociación, como los realizados por Whippen y Canellos (1991), quienes reportaron en una muestra de mil oncólogos la presencia del desgaste profesional hasta en un 56%. Durante las reuniones de la ASCO en el 2010 y 2011, se presentaron de forma oral ponencias que advertían a la comunidad médica sobre las causas y consecuencias de desgaste profesional. En la reunión anual de 2013 se presentó un estudio llevado a cabo por las Clínicas Mayo, incluyendo a una muestra de tres mil oncólogos miembros de la ASCO, encontrando que el 45% de estos presentaba Síndrome de Burnout (Shanafelt, 2013; Shanafelt et al., 2013). En otro estudio con oncólogos canadienses y residentes en oncología, uno de cada cinco oncólogos notificó haber padecido altos niveles de burnout, resultados que fueron presentados en la reunión anual de la ASCO 2014 (Nguyen et al., 2014).

Desde el año 2013, el Comité de Jóvenes Oncólogos (YOC, por sus siglas en inglés), perteneciente a la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO, por sus siglas en inglés), ha estado realizando estudios con el objetivo de entender las causas y el nivel de burnout en oncólogos jóvenes. Banerjee et al. (2017) encontraron que el agotamiento es común entre los jóvenes, aun cuando las tasas varían en toda Europa; hacen referencia a la importancia del buen equilibrio entre trabajo y vida, el acceso a los servicios de apoyo y a que el tiempo de vacaciones adecuado pudieran redu-

cir los niveles de agotamiento. Concluyen con la importancia de la toma de conciencia, apoyo e intervenciones para su prevención y control. Jasperse, Herstp y Dungey (2014) evaluaron el estrés, el *burnout* y el grado de satisfacción de los miembros del Departamento de Radio-Oncología de la Universidad de Otago, en Nueva Zelanda. Según los resultados del estudio se demostró que estos experimentan altos niveles de estrés ocupacional y significativamente altos niveles de burnout, en comparación con médicos de otros países como Australia, Estados Unidos de Norteamérica y del Reino Unido. En Latinoamérica y en Cuba se han realizado diferentes investigaciones con resultados similares en oncólogos y personal de enfermería que brindan atención de salud en los servicios de Oncología (Chacón, 2011; Chacón, Grau, & Llantá, 2007; Hernández, 2014; Román, 2003).

En relación con este fenómeno, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo ha situado dentro de las dolencias a considerar para la próxima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 11) como un problema asociado al empleo o al desempleo para el 2022. Se han diseñado estrategias de intervención en diferentes niveles, y la efectividad está en que se inserten acciones en los tres más reconocidos: individual (estrategias centradas en el cambio de afrontamientos para mitigar la fuente de estrés, evitar vivencias o neutralizar sus efectos negativos), interpersonal (relacionadas con el apoyo social y sus efectos), y estrategias más relacionadas con la institución para eliminar o disminuir los estresores del entorno laboral (Chacón, 2011; Chacón, Grau, Hernández, & Román, 2005; Chacón, Grau, Llantá, Massip, & Infante, 2009; Chacón et al., 2006; Llantá & Martínez, 2018). El estudio de factores de riesgos psicológicos y sociales en las diferentes instituciones como el estrés laboral, el acoso y la violencia laboral, la relación trabajo-familia, el clima organizacional, el desempleo, variables personales y factores sociolaborales de riesgos, entre otros siguen como puntos de encuentros y desencuentros para hacer de la cultura y los entornos laborales centros promotores de salud en los trabajadores.

Psicología de la salud, psicooncología y recursos positivos

Dejemos todos de victimizar el proceso de afrontamiento y ajuste a la enfermedad y se contribuirá a que pacientes y familiares adopten una actitud más responsable para afrontar adecuadamente el *distress* emocional a lo largo de todo el proceso; ello favorecerá a potencializar o preservar su calidad de vida. Son muchos los pacientes que hablan del impacto que en sus vidas ha tenido un diagnóstico, pero desde una perspectiva positiva asociada a la conceptualización del cáncer como una enfermedad crónica.

Desde hace unos años se realizan estudios relacionados con implicación y repercusión de variables salutogénicas, haciendo énfasis en los recursos personales y procesos positivos que intervienen en el desarrollo de la enfermedad y en el ajuste en las distintas etapas de evolución, incluyendo los pacientes tributarios de cuidados paliativos, así como a los efectos adversos o secundarios a los tratamientos a corto y largo plazos, como: la flexibilidad psicológica o la inteligencia emocional, las esperanzas, el sentido de vida, el optimismo, la autoestima, la resiliencia, el sentido

de coherencia y la personalidad resistente, entre otros (Cejudo, García-Maroto, & López-Delgado, 2017; Labelle, Lawlor-Savage, Campbell, Faris & Carlson, 2015; LLantá, Massip, & Martínez, 2012; Martínez, Llantá, & Bayarre, 2018; Pereira, Bueno, País, Teques, & Ginés, 2016; Rey, Extremera, & Trillo, 2013; Rojas, 2010; Schlegel, Manning, & Bettencourt, 2013; Steffen, Vowles, Smith, Gan, & Edelman, 2018).

El presentar batalla acorde a diagnóstico, etapa evolutiva, tratamientos es una opción o elección que sin duda hará del presente y futuro de los pacientes un camino centrado en el bienestar y la plenitud de la vida. Las investigaciones en psicooncología se reconocen como un campo nuevo de trabajo que va en auge, aún con las limitaciones señaladas por Die Trill (2003). Si bien tiene también un componente ético, implica el desarrollo de competencias para diseñar y ejecutar investigaciones que reviertan sus resultados hacia la práctica con independencia de los niveles de atención de salud.

Hoy por hoy, los problemas que emergen son tan complejos que se requiere de la interdisciplinariedad en el diseño de investigaciones en el área de la psicología oncológica y vemos cómo cada vez se hacen más frecuente en los equipos de investigaciones la representación de diferentes saberes para poder arribar a un conocimiento más acabado del problema objeto de investigación, pero también se requieren de recursos que en ocasiones se ponen al servicio de líneas de investigación que no permiten la inclusión de variables psicológicas ni sociales en los estudios.

Las principales líneas de investigación se deben mover hacia la importancia de los factores psicológicos y sociales en la adopción de conductas arriesgadas o protectoras, a la disminución de los tiempos de decisión en la búsqueda de la ayuda médica, a la participación en los programas de prevención y pesquizaje y, sobre todo, a la búsqueda del por qué programas también diseñados no encuentran el resultado esperado; variables psicológicas relacionadas con el desarrollo y progresión del cáncer; aspectos relacionados con la psico-neuro-inmunología; a la eficacia efectividad y eficiencia de proyectos de intervención hacia pacientes, familiares y equipo de sanitario que permitan maximizar la calidad de vida y disminuir las experiencias de sufrimiento. Cuestiones relacionadas con el superviviente de cáncer incluyen, por ejemplo: la adaptación a las secuelas físicas y psicológicas del cáncer; la reinserción social, laboral y familiar; variables psicológicas que influyen sobre la adaptación a las diferentes modalidades terapéuticas en oncología, sea la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia y la hormonoterapia, entre otras.

Otra de las funciones importante dentro de este campo es la formación de recursos humanos o la capacitación para poder desarrollar adecuadamente las competencias necesarias para el proceso exitoso de la profesión, porque no hay dudas de que la formación y el desempeño profesional también van abriendo un camino importante para el reconocimiento de nuestra ciencia. Afortunada o desafortunadamente, el trabajo y sus resultados ayudan a la formación y entrenamiento de las nuevas generaciones, pues nadie puede enseñar lo que no sabe o no aprendió y, como se decía antes, hay saberes que solo se adquieren en la práctica profesional y no desde la academia.

Estos programas de formación son muy complejos, porque no solo van dirigidos a psicólogos y psiquiatras, sino a otros profesionales que se relacionan de forma directa con estos pacientes y requieren y exigen diferentes formas de relación; con pesar se reconoce que existen muchos profesionales, sobre todos los médicos, que no se involucran en estos programas y no son precisamente los más empáticos, los que mejor desarrollan el rapport, la comunicación, las relaciones interpersonales, el trabajo en equipo, la capacidad de escucha y las actitudes de humanismo. La formación oncológica de los residentes en muchos países incluye contenidos en módulos que no son optativos, sino que están incluidos dentro del programa de formación o malla curricular de la especialidad; por ejemplo, en Cuba existen los módulos de psicooncología, cuidados paliativos y ética.

Narro una anécdota muy ilustrativa, pues cuando llegué al Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología se programó un curso internacional al cual invitamos a un gran directivo; en medio del curso *Cómo dar Malas Noticias en Medicina*, refiere que llevaba 20 años haciendo las cosas de forma diferente a lo que se trataba de mostrar en el entrenamiento, a lo que respondí “*el hecho de que lleve 20 años haciendo algo de la forma en que refiere, no significa que lo esté haciendo bien*”. Desde esa fecha obtuve la colaboración de este gran médico, el cual nos fue abriendo puertas no solo en la institución sino en congresos internacionales.

Psicooncología y bioética: algunas consideraciones

El ambiente deshumanizado de la ciencia y de la vida fue premisa para que surgiera la Bioética, entendida como “ciencia de la supervivencia”, así referida por Potter (1970) en su artículo “Bioethics, the science of survival”. Los valores humanos estaban en crisis en su relación con el desarrollo tecnológico; además, ciencia era la palabra de orden, dato, número, todo condicionado por el positivismo como epistemología de la ciencia. La tecnificación de la vida en detrimento de la calidad, condicionado por un escenario totalmente deshumanizado de la ciencia, hizo que se fuera perdiendo la dimensión valorativa. Se imponía con ello la necesidad de una alianza entre el conocimiento como producto innegable del progreso social y la ética con su componente humanista, valorativo y de reflexión (Acosta, 2009).

El binomio *Bioética y calidad de vida* encuentran su surgimiento y expresión en un contexto histórico social similar —en los Estados Unidos de América— como expresión de la decadente situación social y el vertiginoso desarrollo de la ciencia que conllevó más a la preocupación por el impacto humano de las tecnologías que por los propios avances de esta. La necesidad histórica de custodiar la vida y dar calidad a su existencia, al unísono del desarrollo tecnológico de las ciencias, crearon la premisa para que surgieran estos estudios en el ámbito de las Ciencias de la Salud. (Llantá, 2013, p.25)

Las acciones a minimizar el impacto de la enfermedad y sus tratamientos devienen en tarea insustituible desde la perspectiva de la psicooncología, con énfasis en la responsabilidad de los pacientes por su autocuidado; aspecto imposible de lograr si no se reconoce que la relación

médico-paciente con estos enfermos es una relación de simetría, lo que no significa una relación entre iguales, pues la fragilidad del enfermo no lo priva de su autonomía moral, razón por la cual tienen derecho a no solo ser escuchado, sino a que se le valore como un interlocutor válido. La ética de la fragilidad lleva implícito la ética de la responsabilidad, para lo cual se necesita un modelo deliberativo que se fundamente en la ética del cuidar, reconociendo en el otro su dignidad y diferencia.

En la actualidad, el tema de la evaluación y tratamiento de los pacientes con cáncer que participan en los diferentes ensayos clínicos se ha ido convirtiendo en una tarea de primer orden y no solo desde las perspectivas física, psicológica, social, espiritual y económica, sino también desde la arista de la bioética, para dejar de considerar a las medidas biomédicas como las esenciales y únicas, y poner así fin al reduccionismo biologicista. A los enfermos no solo les interesan los parámetros biomédicos sino también la forma en que la enfermedad y sus tratamientos irrumpen en sus planes, proyectos, esperanzas, etcétera. La psicooncología realiza interacciones con estos pacientes desde diferentes aristas y una tarea muy importante, y de gran responsabilidad, la tenemos con la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud, la que no debe incluirse como mera formalidad, sino que sus resultados deben ser considerados en la valoración holística integral del ensayo e incluso pueden constituir variable de salida o variable principal de respuesta de un estudio según los objetivos del mismo.

El consentimiento informado, aspecto importante en la toma de decisiones y para el respeto de los derechos y la dignidad de los pacientes, es un proceso que vela por la calidad de la atención de salud. Este debe darse sobre la base de un proceso deliberativo y no constituir un instrumento de protección para los médicos y otros profesionales de la salud para hacer frente a las diferentes demandas e insatisfacciones que pueden ocurrir durante la atención médica. Impone una atención personalizada centrada en el cuidado humano. Implica decir no al encarnizamiento terapéutico, al distanciamiento emocional y al abandono, pero un sí al alivio del sufrimiento, al manejo adecuado de las esperanzas, a la sustitución de mentiras piadosas por una forma piadosa de decir la verdad, a preservar la calidad de vida hasta el final de la vida, al respeto por el cadáver y al acompañamiento durante el proceso de duelo; el saber hacer y el saber estar, el desarrollo de competencias para pasar de un discurso curativo a uno paliativo y la responsabilidad moral ante el otro que sufre son también, entre muchos más, aspectos que pudieran ser discutidos en este acápite.

El reconocimiento de los derechos de los pacientes y su atención integral bajo un enfoque bioético, se convierte en un gran reto para los profesionales de la salud: por las propias características que impone el proceso de la enfermedad y sus tratamientos, por el modelo biomédico paternalista imperante aún, por el gran impacto que puede generar el trabajo asistencial en constante contacto con el dolor y el sufrimiento, así como por el déficit en su formación curricular en aspectos tan importantes como la comunicación de malas noticias, la atención al dolor, al sufrimiento, al duelo, a la muerte, a las esperanzas, a las crisis de claudicación familiar, a la conspiración del silencio y para el afrontamiento de los diferentes dilemas bioéticos que tienen que desafiar en su práctica profesional los especialistas que trabajan en la oncología.

Consideraciones finales

Integrar la psicooncología al modelo de la psicología de la salud impone al psicooncólogo el desempeño de diferentes funciones: intervenciones psicológicas y sociales, docencia, investigación, asesoría y gerencia en salud, no solo desde la perspectiva de la enfermedad, sino desde la salutogénesis. Como hemos documentado en otras publicaciones, la psicooncología puede y debe contribuir al avance del conocimiento científico en lo que se refiere al papel que juegan procesos, estados psíquicos y propiedades de la personalidad en la aparición, curso y evolución de algunos de los cánceres más frecuentes en un contexto determinado, así como en la búsqueda y perfeccionamiento de procedimientos de intervención psicológica cada vez más eficaces para mejorar el bienestar emocional de pacientes y familiares, incrementar la adherencia a los tratamientos de los enfermos, mejorar o preservar su calidad de vida y prevenir los desajustes emocionales en los equipos de atención.

La psicooncología, como campo aplicado de la psicología de la salud, debe contribuir en la formación pre y postgraduada de psicólogos, médicos, enfermeras y técnicos de la institución. Asimismo, los psicólogos en este campo deben elaborar proyectos, normas de trabajo, metodologías específicas para la investigación psicológica en determinados temas, que contribuyan a optimizar el nivel científico de los servicios psicológicos en determinadas áreas del ámbito hospitalario. Realizar investigaciones encaminadas a la optimización de las condiciones laborales; estudios sobre satisfacción laboral, clima organizacional y *burnout*; al perfeccionamiento de los aspectos psicológicos implicados en la protección e higiene del trabajo; a la evaluación, clasificación, selección y orientación de personal; a la participación en comités institucionales como el de Ética y el Científico. Son, en términos generales, algunas de las principales actividades institucionales que pueden desarrollar los psicólogos en los hospitales dedicados al diagnóstico y tratamiento del cáncer.

La adquisición de un título no implica el desempeño de competencias para este trabajo como ha de suponerse deba suceder. En la práctica, las formaciones curriculares no incorporan el desarrollo de competencias teórico-metodológicas y las competencias tecnológicas. A la competencia profesional del psicólogo en la lucha contra el cáncer, debe unirse un profundo humanismo y una abarcadora visión ética dirigida hacia el paciente, la familia y el propio profesional de los equipos oncológicos de atención.

Referencias

- Acosta, J.R.S. (2009). *Los árboles y el bosque. Texto y contexto bioético cubano*. La Habana: Centro Félix Varela/Publicaciones Acuario.
- Alvarado, S., Genovés, S., & Zapata, M. (2009). La Psicooncología: Un trabajo Transdisciplinario. *Cancerología*, 4, 47-53.
- Banerjee, B., Califano, R., Corral, J., Azambuja, E., De Mattos-Arruda, L., Guarneri, V., et al. (2017). Professional burnout in European young oncologists: results of the European Society for Medical Oncology (ESMO) Young Oncologists Committee Burnout Survey. *Annals Oncology*, 28(7), 1590-1596.

- Bayés, R. (1991). *Psicología Oncológica*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R. (1999). La Psicooncología en España. *Medicina Clínica*, 113, 273-277.
- Bayés, R. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona: Martínez Roca.
- Blanchar, P., Rodríguez, M., & Colombat, P. (2012). On the prevalence and causes of oncologist burnout. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 3029-3030.
- Blanchar, P., Truchot, D., Alviges-Sauvin, L., Dewas, S., Pointreau, Y., Rodriguez, M., et al. (2010). Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents. A comprehensive nationwide cross-sectional study. *European Journal of Cancer*, 46, 2708-2715.
- Cejudo, J., García-Maroto, S., & López-Delgado, M.L. (2017). Efectos de un programa de inteligencia emocional en la ansiedad y el autoconcepto en mujeres con cáncer de mama. *Terapia Psicológica*, 35(3), 239-246.
- Chacón, M.R. (2011). *Síndrome de desgaste profesional en el personal de enfermería de hospitales oncológicos cubanos: eficacia de un programa de intervención: 2004-2009* (Tesis doctoral). Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba. Recuperado de <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=392>
- Chacón, M., Grau, J., Hernández, L., & Román, J. (2005). El desgaste profesional o burnout como problema de la Psicología de la salud: su control en los equipos de salud. En E. Hernández & J. Grau (Comps.), *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones* (pp. 645-677). Guadalajara, México: Editorial de la Universidad de Guadalajara.
- Chacón, M., Grau, J., & Llantá, M.C. (2007). El control del síndrome de quemarse por el trabajo (SQT) en el personal de enfermería oncológica. En B. Gil-Monte & B. Moreno Jiménez (Coords.), *El síndrome de quemarse por el trabajo: grupos profesionales de riesgo* (pp. 281-378). Madrid: Pirámide.
- Chacón, M., Grau, J., Llantá, M.C., Massip, C., & Infante, I. (2009). *Programa de intervención para prevenir el desgaste profesional en los médicos y enfermeras que trabajan con pacientes con cáncer. Informe de Investigación*. La Habana, Cuba: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.
- Chacón, M., Grau, J., Massip, C., Infante, I., Grau, R., & Abadal, Y. (2006). El control del síndrome de desgaste profesional o burnout en enfermería oncológica: una experiencia de intervención. *Terapia Psicológica*, 24(1), 39-53.
- Cruzado, J. (2003). La formación en psico-oncología. *Revista de Psicooncología*, 0(1), 9-19.
- Die Trill, M. (2003). *Psico-Oncología*. Madrid: ADES Ediciones.
- Dolbeault, S., Szporn, A., & Holland, J.C. (1999). Psycho-Oncology: Where have we been? Where are we going? *European Journal of Cancer*, 35(11), 1554-1558.
- Grau, J., Chacón, M., & Llantá, M.C. (2015). La evaluación psicológica del sufrimiento y de la calidad de vida al final de la vida. En G.R. Ortiz e I. Stangle (Comps.), *Psicología de la salud. Diversas perspectivas para mejorar la calidad de vida* (pp. 172-218). Puebla, México: Editora de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

- Grau, J., Llantá, M.C., & Chacón, M. (1998). *Conferencias del Curso Internacional en Psicooncología*. La Habana, Cuba: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.
- Grau, J., Llantá, M.C., & Chacón, M. (2000). *Psicología y cáncer: Curso Internacional Post-Congreso PSICOSALUD-2000*. La Habana, Cuba: Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.
- Grau, J.A., Llantá, M.C., & Chacón, M. (2016). La evaluación de la calidad de vida en oncología: problemas, experiencias y perspectivas. En C. Rojas & Y. Gutiérrez (Eds.), *Psicooncología: aportes a la comprensión y la terapéutica* (pp. 84-134). Talca, Chile: Nueva Mirada Ediciones.
- Hernández, L.C. (2014). *Desgaste profesional en especialistas en medicina general Integral de la atención primaria de salud. Plaza de la Revolución, 2007 y 2012* (Tesis doctoral). Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.
- Holland, J.C. (1992). Psycho-oncology: overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*, 1, 1-13.
- Infante, O. (2015). *La interrelación familia y comunidad: una contribución a la salud de la población*. Conferencia Magistral dictada en el III Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud (ALAPSA, 2015), La Habana, Cuba.
- Jasperse, M., Herstp, P., & Dungey, G. (2014). Evaluating stress, burnout and job satisfaction in New Zealand radiation oncology departments. *European Journal of Cancer Care*, 23, 82–88.
- Labelle, L.E., Lawlor-Savage, L., Campbell, T.S., Faris, P., & Carlson, L.E. (2015). Does self-report mindfulness mediate the effect of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on spirituality and posttraumatic growth in cancer patients? *The Journal of Positive Psychology*, 10(2), 153-166.
- Lage, A. (2015). *Reunión Metodológica de Control de Cáncer*. Centro de Inmunología Molecular, La Habana, Cuba.
- Lorente, L., Aller, J.A., & Arias G.J. (1996). Psychoneuroimmune endocrine system: A three phase old response. *Journal of Internal Medicine*, 239(1), 83-90.
- Llantá, M.C. (2011). Calidad de vida y calidad de muerte en Oncopediatría. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(1), 98-105.
- Llantá, M.C. (2013). *Calidad de vida en Oncopediatría: una reflexión desde la Bioética* (Tesis de Máster). Universidad Católica de Valencia, España.
- Llantá, M.C. (2014, octubre). *Calidad de vida y sufrimiento en familiares del paciente oncológico*. Conferencia en el xx Congreso Internacional de Oncología y Hematología Pediátrica. Querétaro, México.
- Llantá, M.C. (2015). *Calidad de vida en cuidadores primarios de pacientes oncopediátricos* (Tesis de Especialidad). Universidad Médica de La Habana, Cuba.
- Llantá, M.C. (2018a). *La reinserción laboral de supervivientes con cáncer: Un reto para la Psicooncología*. Recuperado de <http://www.facebook.com/UCIMED>
- Llantá, M.C. (2018b). *¿Límite al esfuerzo terapéutico en Oncología?* Conferencia Especial en el VIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA, 2018), La Habana, Cuba.

- Llantá, M.C., & Grau, J. (2001). *¿Existe una personalidad propensa al cáncer?* Taller en I Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud (ALAPSA). Veracruz, México.
- Llantá, M.C., Grau, J., & Chacón, M. (1996). *La Psicooncología: Perspectivas y Retos*. Trabajo Presentado en el Congreso Internacional PSICOSALUD-96, La Habana, Cuba.
- Llantá, M.C., Grau, J., & Massip, C. (2005). La Psicología de la Salud y la lucha contra el cáncer. En J. Grau & E. Hernández (Eds.), *Psicología de la Salud: Fundamentos y aplicaciones* (pp. 467-506). Guadalajara: Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Llantá, M.C., Grau, J., & Pire T. (1998). *La psicología en la lucha contra el cáncer*. Ponencia presentada en el XX Congreso Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), La Habana, Cuba.
- Llantá, M.C., Hernández, K.R., & Martínez, Y.O. (2015). Calidad de Vida en cuidadores primarios de pacientes oncopediátricos. *Revista Habanera Ciencias Médicas*, 14(1), 97-106.
- Llantá, M.C., & Martínez, Y.O. (2018, noviembre). *Desgaste profesional en cáncer: evaluación e intervención*. Taller Pre-Congreso en la VIII Convención Intercontinental de Psicología (HOMINIS, 2018), Palacio de la Convenciones, La Habana, Cuba.
- Llantá, M.C., Massip, C.P., & Martínez, Y.O. (2012). La significación de la esperanza en el paciente oncológico. *Medicina, Salud y Sociedad*, 2(3), 16-24.
- Martínez, L.D, Lorenzo, A.R., & Llantá, M.C. (2018). Carga del cuidador en cuidadores informales primarios de pacientes con cáncer de cabeza y cuello. *Revista Habanera Ciencias Médicas*, 18(1), 126-137.
- Martínez, Y.O., Llantá, M.C., & Bayarré, H.D. (2018). Validación del Test Sentido de Vida en pacientes adultos con cáncer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 800-812.
- Mark, G., & Smith, A. (2012). Occupational stress, job characteristics, coping and the mental health of nurses. *British Journal of Health Psychology*, 17(3), 505-521.
- Middleton, J. (1996). *Yo (no) quiero tener cáncer*. México: Grijalbo.
- Morales, F. (1999). *Psicología de la Salud: Conceptos Básicos y Proyecciones de trabajo*. La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica.
- Morales, F. (2011). *La psicología y los servicios de salud. Experiencias de trabajo en Cuba*. Buenos Aires, Argentina: Oficina de Publicaciones del Ciclo Básico Común.
- Nguyen, T.P., Channing, V., Lester, R.E., Ruiz, J.C., Bouchard-Fortier, A., Card, C., et al. (2014). *Burnout among Canadian oncologists and oncology residents*. Recuperado de <http://www.meetinglibrary.asco.org/subcategories/2014%20ASCO%20Annual%20Meeting>
- Oblitas, L.A., & Palacios, X. (2011). *Psicooncología. Intervención Psicológica en el Cáncer*. Bogotá, Colombia: Psicom Editores.
- Olkinoura, M., Asp, S., & Juntunen, J. (1990). Stress symptoms, burnout and suicidal thoughts in Finish physicians. *Social Psychiatric Epidemiology*, 25, 81-86.
- Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2019). *Programa de cáncer*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=292:cancer

- Parahyba, E. (2010). A psico-oncología. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 30(79), 440-449.
- Pereira, A., Bueno, G., País, J., Teques, P., & Ginés, R. (2016). The importance of emotional intelligence and meaning in life in psycho-oncology. *Psycho-Oncology*, 25, 324-331.
- Piña, J.A. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: De las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 15(2), 233-255.
- Potter, V.R. (1970). Bioethics, the Science of Survival. *Perspectives in Biology and Medicine*, 14(1), 127-153. <https://doi.org/10.1353/pbm.1970.0015>
- Ramírez, A., & Graham, J. (1996). Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet*, 347, 724-728.
- Ramos, T.T., Tung, T.C., & Hallak, J.E. (2007). El Síndrome de Burnout y los trastornos psiquiátricos. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 34(5), 223-233.
- Rey, L., Extremera, N., & Trillo, L. (2013). Exploring the relationship between emotional intelligence and health-related quality of life in patients with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31(1), 51-64.
- Rojas, L. (2010). *Superar la adversidad. El poder de la resiliencia*. Barcelona, España: Editorial Círculo de lectores.
- Román, J.H. (2003). Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana Salud Pública*, 29(2), 103-110.
- Schlegel, R.J., Manning, M. A., & Bettencourt, B. A. (2013). Expectancy violations and the search for meaning among breast cancer survivors. *The Journal of Positive Psychology*, 8(5), 387-394.
- Shanafelt, T. (2013). Oncology burnout. *Nature* (June), 263, 498.
- Shanafelt, T., Balch, C.M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., et al. (2010). Burnout and medical errors among American surgeon. *Annals Surgical*, 251, 995-1000.
- Shanafelt, T. & Dyrbye, L. (2012). Oncologist burnout: Causes, consequence, and responses. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 1235-1241.
- Shanafelt, T., Gradishar, W.J., Kosty, M., Satele, D., Chew, H., Clark, L.H., et al. (2013). *US Oncologists Report High Career Satisfaction, Yet Many Suffer Symptoms of Burnout*. Recuperado de <http://www.chicago2013.asco.org>
- Steffen, L.E., Vowles, K.E., Smith, B. W., Gan, G. N., & Edelman, M. J. (2018). Daily diary study of hope, stigma, and functioning in lung cancer patients. *Health Psychology*, 37(3), 218 -227.
- Suárez, D.V. (2002). Personalidad, cáncer y sobrevivencia. La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica.
- Tripodoro, V., Veloso, V., & Llanos V. (2015). Sobrecarga del cuidador principal de pacientes en cuidados paliativos. *Argumentos, Revista de Crítica Social*, 17, 307-30.

- Viel, S., Limonero, J., Maté, J.M., Mateo, D.O., Bernaus, M.M., Castejón Itey, V., et al. (2019). Evaluación de las propiedades psicométricas de la Escala de Detección de la Soledad Existencial en pacientes con enfermedades avanzadas. *Psicooncología*, 16(1), 161-176.
- Whippen, D.A. & Canellos, G.P. (1991). Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 9, 1916-1920.

Capítulo 6

Competencias del psicólogo de la salud en el contexto de la rehabilitación y el ajuste a las enfermedades crónicas y los tratamientos

Julio Alfonso Piña López y Sergio Alberto Beltrán Moreno***

Las enfermedades crónicas transmisibles (ECT) y no-transmisibles (ECNT) son hoy día motivo de gran preocupación para las autoridades sanitarias en México; en las primeras destaca la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH); en las segundas, las cardiovasculares, la diabetes, los distintos tumores malignos, las cerebro-vasculares y la insuficiencia renal, principalmente. En general, se trata de enfermedades que se caracterizan, entre otras cosas, por:

1. Sus elevadas tasas de morbilidad y mortalidad.
2. Ser el principal motivo de demanda de atención médica en la consulta externa.
3. Ser la causa más frecuente de incapacidad prematura.
4. Afectar de manera especial a las personas en edad productiva —es decir, a mayores de 18 años—.
5. Sus elevados costos económicos —directos e indirectos— que derivan de los respectivos tratamientos (véanse Jiménez-Corona, Aguilar-Salinas, Rojas-Martínez, & Hernández-Ávila, 2013; Wirtz, Serván-Mori, Heredia, Dreser, & Ávila-Burgo, 2013).

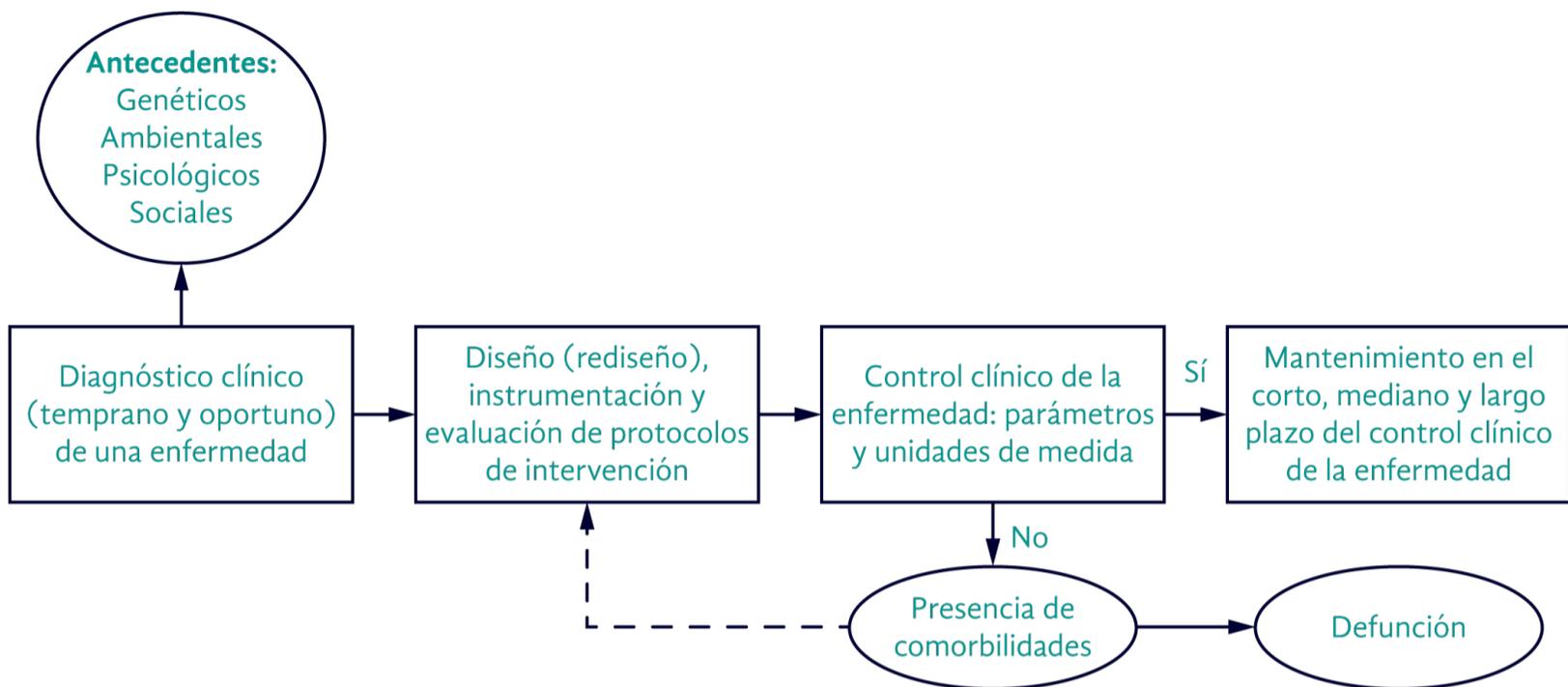
Considerando, además, que tanto la prevención como el control clínico y la eventual erradicación de aquellas y muchas enfermedades más sigue siendo una tarea pendiente en la agenda del Sistema Nacional de Salud (SNS) en México, en las actuales circunstancias es menos que obligado dar un vuelco de timón al modelo de prevención y atención de la salud utilizado, el cual históricamente se ha justificado en un modelo focalizado médicamente. Es con base en la lógica de dicho modelo que, al diagnosticarse una ECNT, se vuelve requisito *sine qua non* el diseño, instrumentación y evaluación de *protocolos médicos de actuación*, los cuales, siendo estandarizados (Córdova-Villalobos, Barriguete-Meléndez et al., 2008), se espera contribuyan primero a su control clínico y después a su eventual curación (figura 1).

*Programa de Salud Institucional, Universidad de Sonora, México.

**Departamento de Psicología y Ciencias de la Comunicación, Universidad de Sonora, México.

Figura 1

Enfermedades crónicas y curso a seguir en los protocolos médico de actuación.



Nota: Elaboración propia.

Empero, si como ha sugerido el Dr. José Ángel Córdova-Villalobos (ex secretario de Salud en México), que la epidemiología de las enfermedades crónicas es un fenómeno complejo, con hondas raíces en factores genéticos y en la forma en que las personas se comportan en la cotidianidad (Córdova-Villalobos, 2009), por una petición elemental el diseño e instrumentación de aquellos protocolos de actuación tendrían que justificarse en una lógica distinta a la del modelo médico tradicional; nos referimos a un modelo que reconozca como eje a la colaboración interdisciplinaria. En efecto, tal y como se observa en la figura 1, en ella se describe la secuencia de acciones que se tienen que cumplir justo desde la perspectiva médica, considerando diversas competencias profesionales que se enmarcan en las que en México se conocen como Unidades Médicas de Especialidad (UNEME). Estas, se aseguró en su momento, representaban un modelo interdisciplinario de prevención clínica y de atención a pacientes con sobrepeso, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes, principalmente (Córdova-Villalobos, Barriguete-Meléndez et al., 2008; Córdova-Villalobos, Lee et al., 2008).¹

1 Un análisis exhaustivo de las UNEME fue publicado años atrás (véase Morales & Piña, 2016), concluyendo que en realidad se adolece de una verdadera propuesta interdisciplinaria, a la par que se adolece de los criterios mínimos que potencien el trabajo articulado entre los diferentes profesionales de la salud. El problema de fondo radica en la confusión en que se incurre con el uso del término *interdisciplina*, puesto que en principio los autores mencionados pasan por alto que interdisciplina es convergencia entre disciplinas profesionales y no en la supeditación de unas hacia otras; en el caso que nos ocupa, por ejemplo, que la psicología quede supeditada a la lógica y los planteamientos de distintas disciplinas profesionales biomédicas.

En sentido opuesto, con los que hemos dado en llamar *protocolos interdisciplinarios de intervención*² se busca, en última instancia, que todas las acciones que lleven al cabo los integrantes del equipo de salud —médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, nutriólogos, etcétera— faciliten, dependiendo de los distintos momentos por los que cursa una enfermedad crónica:

1. Su diagnóstico temprano y oportuno: por ejemplo, desde la perspectiva médica se requieren instrumentar acciones para modificar el curso clínico de las condiciones que determinan la incidencia de la enfermedad, entiéndase los factores de riesgo y la eventual aparición de comorbilidades (Córdova-Villalobos, 2009; Córdova-Villalobos, Lee et al., 2008).
2. El ajuste psicológico y la adaptación social de los pacientes al diagnóstico y a la enfermedad: se trata de evitar, por un lado, la práctica de las conocidas como conductas asociadas a la enfermedad —ansiedad, angustia, desesperación, ira, impulsividad, depresión, etcétera— (Ribes, 1990); por el otro, las que dificultan su accionar cotidiano una vez que los pacientes entran en contacto con otras personas significativas en los entornos familiar y social (Creed, 2011; Taylor & Bury, 2007).
3. El entrenamiento de conductas de ajuste a la enfermedad: toma de los medicamentos prescritos; realización de ejercicio físico dosificado; realización de estudios clínicos y de laboratorio; seguimiento puntual de una dieta; monitoreo permanente del índice de masa corporal, de la presión sanguínea, de los niveles de glucosa en sangre, etcétera (Piña, 2013, en prensa; Sánchez-Sosa, 2002).
4. En la fase terminal de la enfermedad: Adiestrar a la persona en su enfrentamiento competencial, ayudándolo a la aceptación del desenlace y a *bien morir* (Gaertner, Wolf, Hallek, Glossmann, & Voltz, 2011; Sánchez-Sosa, 1998; Stanton, Revenson & Tennen, 2007).

Dicho lo anterior, si el de control es un término que se aplica a, o en el que está implicada la obtención de un resultado, para establecer con un grado razonable de certeza si una enfermedad se ha controlado o no clínicamente —esto es, si se produjo o no el resultado esperado—, es indispensable probar empíricamente: a) qué variables incluidas en los protocolos interdisciplinarios de intervención hicieron posible el cambio; b) cuáles lo dificultaron, y c) cuáles tuvieron poco o un nulo efecto. En la tabla 1 se muestran a guisa de ejemplo los parámetros y unidades de medida de tres enfermedades crónicas, así como las principales comorbilidades; si el resultado obtenido es el del control clínico de la enfermedad, los parámetros y unidades de medida se mantendrán en los

2 Se entiende por interdisciplina a la integración del conocimiento derivado de diferentes disciplinas científicas, tecnologías y del propio conocimiento práctico, con el objeto de hacer uso de ese conocimiento para lograr la efectividad en las actividades que se realizan cuando se abordan los problemas de la salud y la enfermedad en cualquier ámbito, esto es, el natural, el comunitario o el clínico (Ribes, 2005a). Por tanto, interdisciplina no debe entenderse como sobreposición o dominio jerárquico de una disciplina sobre las otras, tal cual se plantea tácita y explícitamente en las UNEME; implica, en pocas palabras, cooperación entre pares.

valores o rangos esperados; en caso contrario, aparecerán una o más comorbilidades, facilitando por consiguiente su progresión clínica y las complicaciones inherentes a esta, incluyendo un eventual desenlace fatal.

Tabla 1

Enfermedades y sus características más sobresalientes con relación a su control en el ámbito clínico.

Enfermedades	Parámetros y unidades de medida	Comorbilidades y complicaciones secundarias
Infección por el VIH (Hoen et al., 2014; World Health Organization [WHO], 2012)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Carga viral: indetectable o <400 copias/ml. 2. Cuentas de linfocitos CD4+: entre 350 y 500 células/ml. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarcoma de Kaposi. 2. Neumonía por <i>Pneumocistis Jirovecii</i>. 3. Tuberculosis meníngea. 4. Toxoplasmosis. 5. Citomegalovirus.
Cardiovasculares (Stone et al., 2013; Yancy et al., 2013)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colesterol total: <200 mg/dl. 2. Colesterol HDL: >40 mg/dl. 3. Colesterol LDL: <130 mg/dl. 4. Presión sistólica: <140 mm/Hg. 5. Presión diastólica <90 mm/Hg. 6. Índice de masa corporal: obesidad abdominal: >19 y < 25 Kg/m² 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recidivas de infarto y angina de pecho. 2. Ictus isquémicos y hemorrágicos. 3. Enfermedad arterial periférica.
Diabetes American Diabetes Association (2013)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Colesterol HDL: < 40 m/dl en hombres y <50 m/dl en mujeres. 2. Presión arterial: >130/85 mm/Hg. 3. Hipertigliceridimia: >150 m/dl. 4. Hiperglucemia en ayuno: entre 80 y 110 mg/dl. 5. Hiperglucemia pospandrial: < 140 mg/dl, dos horas después de una carga oral de glucosa de 75 gramos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Síndrome metabólico.* 2. Evento isquémico coronario. 3. Ceguera. 4. Insuficiencia renal terminal. 5. Infecciones de las vías urinarias. 6. Amputaciones no-traumáticas.

Nota: *El síndrome metabólico consiste en un conjunto de alteraciones por exceso de tejido adiposo u obesidad, que se asocian a desajustes en el metabolismo, como son la hipertrigliceridemia, dislipidemia, estado inflamatorio y resistencia a la insulina, principalmente (Contreras-Leal & Santiago-García, 2011).

Nótese que en el contenido del párrafo previo, en particular en los incisos a, b y c, dejamos clara constancia respecto de que el abordaje de las cuatro enfermedades —para los efectos de asegurar su control clínico y evitar la aparición de comorbilidades— se tiene que dar única y exclusivamente desde el punto de vista médico. Si la persona diagnosticada con una de esas enfermedades no practica las diversas conductas implicadas en el ajuste hacia la propia enfermedad y los

tratamientos, la probabilidad de que las comorbilidades aparezcan y se mantengan en el tiempo facilitarán el desenlace final; abundaremos sobre ello en los siguientes apartados.

El concepto y la competencia de rehabilitar en psicología y salud

¿Por qué es importante el concepto de rehabilitar, y con este, de las competencias que son pertinentes en el ámbito de la salud una vez que se ha diagnosticado una enfermedad crónica? Asimismo, desde el ámbito de la relación psicología y salud, ¿qué competencias profesionales son necesarias formar y entrenar en los futuros psicólogos o en quienes ya se encuentran laborando en alguna institución de salud del segundo o tercer niveles? Como punto de partida, es obligado definir con precisión el término *rehabilitar*, que en el lenguaje ordinario se define como “devolver, a un enfermo o a un disminuido físicamente, la capacidad de valerse por sí mismo” (Real Academia Española [RAE], 2001). Devolver implica que mediante el diseño e instrumentación de protocolos interdisciplinarios de intervención se realizan múltiples acciones que son necesarias para que los pacientes, según sea el caso, aprendan a comportarse de una u otra manera con relación a la enfermedad y los tratamientos; *aprender*, significa cumplir con un criterio de logro o un resultado (Ribes, 2008). Cada enfermedad crónica, en razón de sus propias características, su evolución y las comorbilidades que se le asocian, demanda de las personas acciones puntuales, en la forma de conductas instrumentales, que pueden en ciertos casos ser comunes y en otros diferentes. Funcionalmente hablando, todas esas conductas instrumentales se orientan a procurar el ajuste a las enfermedades y su respectivo tratamiento.

Aun cuando recientemente Ribes (2018) ha ubicado al binomio *habilitación/rehabilitación* como campos distintos a los de la salud, educación y hábitat, partiendo de la definición del segundo término en el lenguaje ordinario consideramos que ese binomio debería formar parte del ámbito de la salud. Si como sugiere Ribes, los conceptos de *prótesis* y *sustitución funcional* son claves en dicho binomio, las prótesis son elementos externos al cuerpo que, en la forma de aparatos o dispositivos mecánicos cumplen con la *función* de sustituir la operación de algún órgano (e.g., en el trasplante del hígado) o de una extremidad (e.g., de un brazo mecánico amputado por un accidente). Carece de sentido, pues, separar ese campo (*habilitación/rehabilitación*) del de la salud y enfermedad, porque justo en este, y en particular en el de la enfermedad, es en donde cobrarían sentido el uso de distintas prótesis, dispositivos y las diversas acciones que una persona tiene que realizar cuando ha enfermado: aquí se incluyen, de acuerdo con Ribes (2018), los ejercicios de rehabilitación y muchas conductas que son necesarias para promover el ajuste a la enfermedad y los tratamientos.

Si en el contexto de la relación psicología y salud pretendemos que las personas aprendan a comportarse según sean los requerimientos de la enfermedad y los tratamientos, *aprender* tiene que ver con *conocer*; añade Ribes (2008) que conocer puede facilitar el aprendizaje bajo nuevos criterios y circunstancias. Hay que aclarar, sin embargo, que conocer es condición necesaria, más no suficiente, para que los pacientes cumplan o satisfagan determinados criterios; es también in-

dispensable que sepan *qué hacer* y *cómo hacerlo*, o sea, que dominen o apliquen la técnica. En este contexto, desde la psicología y la salud, rehabilitar presupone que el personal de salud (incluyendo al psicólogo, claro está) emprende un conjunto de tareas con el objeto de incidir eficientemente sobre la conducta de una persona, coadyuvando en el control clínico de una enfermedad. Para los propósitos de este trabajo, el concepto de competencia se define como:

[...] tener la atribución para tratar de hacer algo o resolver algo, ser experto o tener conocimiento acerca de algo. Ser competente, por consiguiente, se refiere a que se puede hacer algo porque ya se ha hecho o porque se tiene conocimiento de lo que se tiene que hacer. El hacer competente, además, incumbe, pertenece a una situación e implica la búsqueda y, por lo tanto, el logro o alcance de algo [...] ser competente destaca una disposición en términos de probabilidad, de recurrencia y, como lo examinaré más adelante, ser competente se ajusta a los criterios lógicos de una categoría episódica. (Ribes, 2006, p.20)

A decir del autor, todo programa de formación profesional del psicólogo debe especificar el desarrollo de las competencias que son pertinentes para atacar y resolver los problemas sociales, *ergo*, los de la salud y la enfermedad. En el caso concreto de rehabilitar, se propone que en esta se tendrían que incluir tres tipos de subcompetencias, a saber, informar, regular y entrenar, a cada una de las cuales le corresponden diferentes habilidades, criterios de logro y niveles de aptitud funcional (Piña, 2015). Ahora bien, puesto que el acaecimiento de una ECT o una ECNT se encuentra fuertemente influenciado por la manera en que una persona se comporta en lo individual, lo que se haga o deje de hacer será determinante para que en otros momentos y circunstancias se practiquen las conductas de ajuste a la enfermedad (Piña, en prensa)³; por tanto, es necesario identificar cómo operan distintos factores psicológicos de proceso, estado o resultado en el continuo salud-enfermedad.⁴

3 En el trabajo referido se hace una propuesta de clasificación de las conductas instrumentales relacionadas con el cuidado, mantenimiento, pérdida y recuperación de la salud: primero se incluyen las *conductas para el cuidado de la salud* (i.e. dormir ocho horas al día, realizar ejercicio físico dosificado, evitar al máximo el consumo de sustancias como alcohol o tabaco, evitar tener relaciones sexuales sin protección, usar el cinturón de seguridad); también las conocidas como *conductas asociadas a la enfermedad* (i.e., que derivan de una patología específica, de una terapéutica específica o que se asocian indirectamente a la patología, casos de la ira, la impulsividad, el dolor o la ansiedad); finalmente tenemos a las *conductas funcionales para el control clínico de la enfermedad* (i.e., realizar ejercicio físico dosificado, adoptar una dieta balanceada, evitar la exposición prolongada al sol —en pacientes con ciertos tumores malignos o con esclerosis múltiple—, consumir los medicamentos en las dosis y con la frecuencia establecidas, monitorear los marcadores biológicos básicos, etcétera).

4 Aclaramos que no se trata de una relación unidireccional y causal, como cuando se afirma que la depresión mayor afecta el curso clínico de una enfermedad (Wolff, Alvarado, & Wolff, 2010) o bien que determinadas creencias hacen lo propio respecto de la práctica de las conductas de adhesión (Mann, Ponieman, Leventhal, & Halm, 2009). La

Esto es así, pues las conductas que se despliegan previo a, o bien durante el curso de la enfermedad y los tratamientos, se ha demostrado que son reguladas de manera diferencial (Ribes, 1990, 2005b) por la operación de: a) las variables de la historia más distal y mediata, que se resumen en el concepto de personalidad y la historia de competencias conductuales; b) las variables de la historia más inmediata, continuamente cambiante y modificable, es decir, motivos y competencias, y c) las conocidas como conductas asociadas a la enfermedad.

Interesa poner énfasis en que la formación y el entrenamiento de los psicólogos en el ámbito de la salud se tienen que dar acordes con la lógica y los principios de la interdisciplina. Las interdisciplinas, propone Ribes (2018), representan la conjunción de varias disciplinas científicas, tecnológicas, artesanales y del tipo práctico, conjunción que se da merced a una problemática particular, definida socialmente: *ergo*, la de salud y enfermedad. Si bien es cierto que las interdisciplinas (i.e. salud ambiental, salud ocupacional, enfermería psiquiátrica, psicología y salud) no disponen de una *teoría* abstracta, como sería en el caso de la psicología y salud de una *teoría psicológica de procesos*, esta provee los elementos fundamentales para entender cómo se comporta una persona en términos generales y qué conceptos son necesarios crear a efecto de que operen como *interfases* entre el proceso de individuación y la manera en que la persona se comporta en la cotidianidad con relación a su salud y la enfermedad. Esos conceptos tipo *interfase* incluyen, por ejemplo, al de personalidad, al de motivos y al de competencias. Cada uno de estos conceptos es nodal en lo que respecta a la salud y la enfermedad; por tanto, lo que debería hacerse en el ámbito de la salud (al menos en México), es concentrarlos en modelos teóricos potencialmente aplicables a la salud y la enfermedad, como lo propusimos años atrás con el modelo psicológico para la investigación de las conductas de adhesión a los tratamientos (Piña & Sánchez-Sosa, 2007) y en su versión corregida y ampliada, el modelo interdisciplinario antes mencionado (Piña, en prensa).

Hay que entender, finalmente, que los modelos teóricos potencialmente aplicables a la problemática de la salud y la enfermedad constituyen referentes y guías para, con base en un discurso teórico-conceptual articulado, sea posible analizar qué variables psicológicas de proceso, estado o resultado participan a lo largo del continuo salud-enfermedad; asimismo, para evaluar su relación con otras variables biológicas y sociales en el contexto clínico y en el familiar; por otro lado, para estar en condiciones de predecir, con un grado razonable de certeza, qué tan factible es que una persona, posterior al diagnóstico de una enfermedad crónica, practicará de manera competencial

forma en que se ha procedido históricamente en el campo clínico se ha justificado en la lógica de que una vez definido cierto problema y que se han identificado las variables que presumiblemente lo facilitan, el psicólogo, armado de un arsenal de procedimientos y técnicas las aplica con el objeto de eliminar aquel. En ese contexto, la psicología clínica, centrada en la solución de problemas, se ha constituido en un campo de actuación en el que a los psicólogos se les entrena en un conjunto de habilidades fijas y estereotipadas, como si a cada problema le correspondiera un procedimiento o una técnica ad hoc (Goldiamond, 1974; Ribes, 1982). Como señala este autor, la composición de las diferentes habilidades debe integrarse de acuerdo con lo que le dice la teoría y según sean la naturaleza y características de los problemas que se están abordando (Ribes, 2006).

o no las diferentes conductas de ajuste implicadas en el proceso de rehabilitación (Piña, 2015; Piña, Ybarra, Alcalá, & Samaniego, 2010).

La competencia de rehabilitar y sus subcompetencias

En la tabla 2 se resumen las subcompetencias, habilidades, criterios de logro y los niveles de aptitud funcional que estarían implicados en la competencia de rehabilitar. La primera subcompetencia es la de *informar*, donde el psicólogo tiene que disponer de las habilidades que son pertinentes para saber preguntar, identificar, analizar e interpretar, así como qué es lo que tiene que decir. Informar, y esto lo subrayamos, no equivale ni se reduce a transmitir cierto tipo de información sobre la enfermedad y los tratamientos. Si ser competente presupone que una persona posee el atributo (la disposición conductual para decir o hacer algo), que domina la técnica o es experto en algo, pero que también conoce (sobre algo y sobre cuándo, cómo, por qué y para qué hacer las cosas), este último es un requisito clave para desplegar distintas conductas con relación a la enfermedad y los tratamientos.

Tabla 2

La competencia de rehabilitar y sus elementos distintivos.

Subcompetencias	Habilidades específicas
Informar	Saber preguntar e identificar Saber analizar e interpretar Saber qué se tiene que decir y cómo decirlo
Regular	Saber plantear hipótesis y problemas Saber diseñar e instrumentar Saber observar y registrar Saber utilizar procedimientos y técnicas Saber analizar e interpretar. Saber evaluar
Entrenar	Saber plantear hipótesis y problemas Saber diseñar e instrumentar Saber observar y registrar Saber utilizar procedimientos o técnicas Saber analizar e interpretar Saber evaluar

Nota: Elaboración propia.

Como bien afirma Froján (2013), todo lo que acontece en la relación psicólogo-paciente ha de analizarse funcionalmente como conducta verbal. Siendo así, saber preguntar, identificar, analizar e interpretar debe mantener su correspondencia funcional con la conducta verbal del

paciente, ya que de ello dependerá, ahora y en razón del momento por el que cursa una enfermedad, el peso de las instrucciones sobre la futura conducta del segundo (véanse ElZarrad, Eckstein, & Glasgow, 2013; Marchena-Giráldez, Calero-Elvira, & Galván-Domínguez, 2013).⁵ Constituye este el inicio de un proceso que es medular para que se transite del *bien decir* y el *bien informar* del profesional de la salud en general, al *bien entender* y al *bien hacer* del paciente en particular.

En este contexto, las aportaciones del análisis funcional de la conducta —en tanto herramienta metodológica— pueden ser útiles para los propósitos de mejorar el papel de la comunicación y de la conducta verbal entre el personal de salud y los pacientes, que se espera contribuya a una evaluación rigurosa, desde el punto de vista teórico, respecto de las mejores estrategias, procedimientos y técnicas para promover el cambio conductual, que se espera se traduzca finalmente en cambio clínico (Landa, Martínez, & Sánchez-Sosa, 2013). Además, no se debe pasar por alto que el *bien decir* y el *bien informar* pueden inclusive establecerse, funcionalmente hablando, como una inicial e importante fuente de reforzamiento para la conducta de un paciente, con un impacto potencial positivo sobre lo que este tenga que hacer en el futuro inmediato (García & Sánchez-Sosa, 2013; Reach, 2011; Rojas, Vega, Nava, & Saavedra, 2011).

Una vez que se provee al paciente de la información y los conocimientos pertinentes sobre la enfermedad y los tratamientos, es preciso transitar hacia las otras dos subcompetencias: regular y entrenar. Con *regular* se trata de facilitar todas aquellas acciones tendientes a ajustar al paciente, literalmente hablando, a los requerimientos de la enfermedad. Ajustar, supone que la conducta del paciente se corresponde con los requerimientos de la enfermedad, especificando los momentos en que se deben practicar o no ciertos tipos de conducta. Se utiliza el término ajustar, puesto que lo psicológico ocurre y cobra sentido como ajuste de la conducta respecto de uno mismo u otras personas en situaciones interactivas variadas (Kantor, 1980). Para la realización de esta tarea, el profesional de la psicología debe disponer de diferentes habilidades que comprenden, entre otras, a saber diseñar e instrumentar, utilizar procedimientos y técnicas, analizar e interpretar, pero sobre todo, reconocer en qué oportunidad y circunstancia puede hacer algo de manera diferente.

Siguiendo esta lógica, regular, para los fines de ajustar psicológicamente a un paciente, comprendería todas las acciones tendientes a promover la práctica de conductas efectivas en situaciones en las que se demanda hacer algo concreto con relación a la enfermedad. ¿Cómo se logra ello? No solo informando y regulando, sino entrenando de manera concreta en las competencias que son pertinentes para pacientes concretos que han sido diagnosticados con enfermedades concretas. Hoy día, por ejemplo, es conocido que el diagnóstico y la naturaleza crónica de muchas enfermedades, así como la eventual presencia de comorbilidades, suelen traducirse en la aparición de

5 No es un secreto que uno de los principales problemas que se presentan en la interacción médico-paciente en consulta, radica justo en la forma en que se comunica el diagnóstico de una enfermedad y cómo se dan las instrucciones para hacerle frente. Una comunicación deficiente del diagnóstico es altamente probable que facilite la aparición de reacciones de estrés, que a su vez impongan serias limitaciones para entender y seguir, conductualmente hablando, las instrucciones provistas por el primero al segundo.

reacciones que se distinguen por ser el efecto de una enfermedad (e.g., pérdida de apetito debido a una enfermedad gastrointestinal) o por vincularse indirectamente con la enfermedad (e.g., ira, coraje, impulsividad, aislamiento, depresión) (Meza-Rodríguez, 2007; Ribes, 1990).

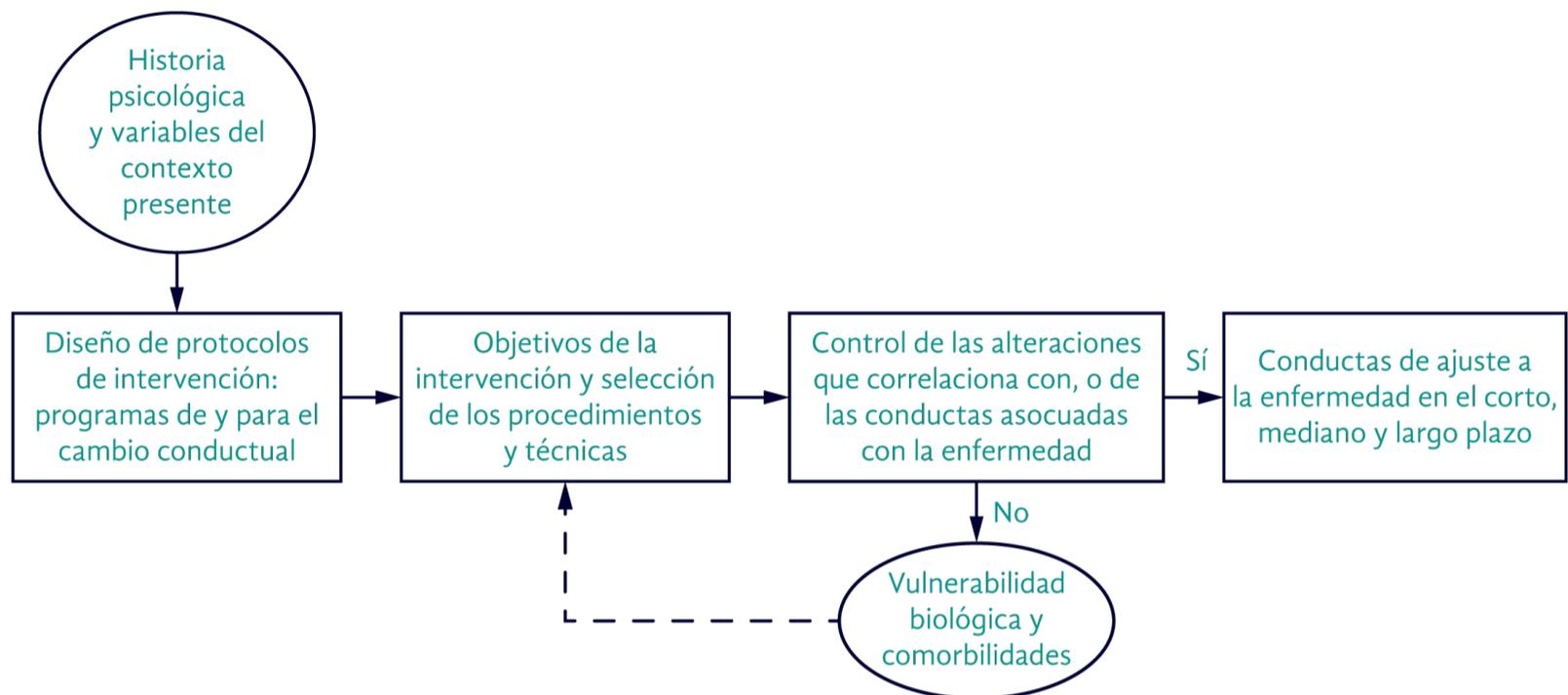
En cualquier caso, la intervención psicológica tiene que orientarse hacia el establecimiento, vía la instrucción y el entrenamiento, de conductas que compitan abiertamente con aquellas reacciones, ya que su aparición y mantenimiento en el corto y mediano plazos pueden afectar los niveles de modulación biológica —acelerando el curso clínico de la enfermedad y a su vez la aparición de comorbilidades— y, en las conductas asociadas a la enfermedad, convertirse en un problema adicional que eventualmente afecte de manera sistemática la efectividad de los tratamientos médicos (Repetto, Bernal, & González, 2011; Reyes, Sow, & Jones, 2013; Ribes, 1990).

En la figura 2 se describe la secuencia de pasos a considerar en la intervención psicológica. Por ejemplo, en México se ha venido dando un fuerte impulso al diseño, instrumentación y evaluación de programas de intervención psicológica en pacientes que viven con diferentes enfermedades crónicas (véanse Canales, 2011; Castro, Matamoros-Tapia, Mijangos, Nava-Guerrero, & Sánchez-Sosa, 2012; García & Sánchez-Sosa, 2013; Garduño, Riveros, & Sánchez-Sosa, 2010; Landa & Juárez, 2012; Ybarra, Orozco, de León, & Vargas, 2012). En todos los casos se trata de programas cuyos objetivos son los de mejorar la condición psicológica de los pacientes, de cara a promover su ajuste con relación a la enfermedad y mejorar la calidad de vida. Son programas que pretenden cumplir con un propósito particular —en principio, ajustar a quienes padecen una enfermedad a esta— y a la par contribuir a imprimirle un sentido de validez clínica y social a las intervenciones. Esto último es importante dejarlo en claro, pues hay una diferencia entre diseñar, instrumentar y evaluar protocolos de intervención para procurar el ajuste psicológico a una enfermedad, que hacerlo con relación a los tratamientos. Es en esta en donde ahora cobra sentido el tercer desempeño, el de entrenar. Para decirlo en otras palabras, primero se requiere ajustar a un paciente a la enfermedad y al impacto que eventualmente provocan ciertas comorbilidades, como requisito *sine qua non* para posteriormente estar en condiciones de promover el ejercicio de las competencias que son pertinentes según sea la enfermedad y su respectivo tratamiento.

En este contexto, *entrenar* equivale a preparar, vía la observación directa o la instrucción, en las competencias que son pertinentes para la práctica de las conductas de ajuste que son necesarias para dar cumplimiento a los diferentes momentos por los que se transita en los tratamientos (Caballero, Pérez, Herrera, Manrique, & Sánchez-Sosa, 2012; Valencia, Flores, & Sánchez-Sosa, 2006). Es necesario que el psicólogo disponga de distintas habilidades, que incluyen plantear hipótesis y problemas, diseñar e instrumentar, observar y registrar, utilizar procedimientos y técnicas, y por último, analizar e interpretar. Nótese que en las subcompetencias de *regular* y *entrenar* la composición básica de las habilidades es la misma, aun cuando el objetivo que se persigue es distinto; en efecto, como consecuencia del ajuste que previamente ha de ser procurado vía las intervenciones psicológicas, en la subcompetencia de entrenar se trata justo de promover las conductas de que contribuyan al control clínico de una enfermedad, que incluyen a las de realizar

Figura 2

Intervención psicológica y su impacto en la adhesión a los tratamientos y el control clínico de la enfermedad.



Nota: Elaboración propia.

ejercicio físico, adopción de una dieta y consumo de los medicamentos prescritos, entre otras. Además, como bien se sabe, este constituye un serio problema para las instituciones de salud, considerando que tan solo con relación al consumo de los medicamentos prescritos a pacientes que viven con diferentes enfermedades, los porcentajes de adhesión se ha reportado oscilan entre el 25 y el 60%.

Para los fines que se persiguen aquí, se entiende por adhesión:

la manifestación práctica del nivel de competencia de una persona, con base en la correspondencia funcional que se establece entre los objetos/eventos del ambiente y el ejercicio instrumental de una conducta —i.e., consumir los medicamentos con la frecuencia y/o en las dosis especificadas—, con la finalidad de producir determinados resultados —i.e., mantener estable la funcionalidad biológica y evitar la progresión clínica de la enfermedad. (Piña, 2013, p.55)

Para entrenar en las conductas de adhesión que son pertinentes en razón de la enfermedad y los tratamientos, se requiere entender que verbalizar (ya sea hablando o escribiendo) las indicaciones sobre qué se tiene que hacer, cuándo y en qué circunstancias, es condición necesaria, pero insuficiente para promover el cambio conductual.

En efecto, si *instrucción* es un término que se refiere a la acción de instruir o instruirse, este a su vez es un término que se refiere a enseñar o comunicar sistemáticamente conocimientos.

Enseñar equivale a advertir o dar ejemplo, de forma tal que, aplicado al problema que nos ocupa, enseñar al paciente supondría que el profesional de la psicología es competente para establecer una relación funcional entre lo que verbaliza y lo que aquel tiene que practicar como conducta. Esta relación, que se inscribe dentro de la lógica del análisis funcional de la conducta (Kaholokula, Godoy, O'Brien, Haynes, & Gavino, 2013), exige en principio identificar qué elementos han de ser tenidos en cuenta para promover el cambio conductual: al paciente comportándose en lo individual, respecto de sí mismo o con relación a otras personas significativas de su entorno social inmediato.

Puesto que carece de sentido afirmar que hay prácticas, metodologías e intervenciones *a-teóricas*, es fundamental que el psicólogo, en particular cuando se trata de promover las conductas de adhesión, sea competente en el dominio teórico-conceptual. En esta línea de pensamiento y de acuerdo con los argumentos expuestos en otros lugares (Piña, Fierros, García-Cadena, & Ybarra, 2011; Piña et al., 2010), se requiere que los psicólogos dispongan de modelos teóricos debidamente articulados en lo conceptual. La función de estos en el ámbito de la salud es la de predecir cuán probable es que una persona se comportará de determinada manera en determinada circunstancia, según lo haya hecho antes en una circunstancia similar.

Además, los modelos teóricos y sus categorías conceptuales son los que nos permitirán entender cuál es el peso relativo de las variables psicológicas de la historia más distal y mediata, de la más inmediata, o bien de las implicadas en el contexto presente. Sirva mencionar que en nuestra experiencia, los pacientes que viven con el VIH, diabetes y cáncer de mama, si en el pasado presentaron dificultades para adherirse a los tratamientos relacionados con enfermedades transitorias agudas —infecciones de las vías respiratorias superiores o gastrointestinales, por ejemplo—, es más probable que enfrenten reacciones típicas de estrés que se enmarcarían en uno de tres estilos interactivos (personalidad): toma de decisiones, tolerancia a la ambigüedad y tolerancia a la frustración (García-Cedillo, Cázares, Piña, & Ybarra, 2012; Méndez-Venegas, Mejía-Velarde, Laborín-Álvarez, & Piña, 2014; Piña & Torres, 2008). En una dirección opuesta, quienes han evidenciado una elevada motivación y un mejor desempeño competencial en el pasado, son quienes se adhieren a los tratamientos en los niveles óptimos de $\geq 95\%$ (Piña, García-Cadena, Ybarra, & Fierros, 2012; Sánchez-Sosa, Fierros, Cázares, & Piña, 2011).

Apuntes finales

Las ECT y las ECNT en México a la vez que representan un serio problema para las instituciones de salud, también son un enorme reto en materia de prevención y, en particular, para su control en el ámbito clínico. En esta lógica, a lo largo de este trabajo se ha justificado la necesidad de entender que para cumplir con el objetivo del control clínico de las enfermedades es imprescindible considerar la concurrencia de protocolos de intervención médicos e interdisciplinarios, habida cuenta del papel que juega la conducta, en su dimensión psicológica, previo a, durante el curso de la enfermedad o una vez que se le pretende atacar con el objeto de que las personas practiquen las

conductas de ajuste a esta y a los tratamientos; no menos importante, cuando su avance clínico la sitúa en el contexto de los cuidados paliativos (Sánchez-Sosa, 1998).

Es en razón de este último planteamiento que se ha presentado una propuesta para el ataque de ambas enfermedades, reconociendo como punto de partida la necesidad de re-definir y re-plantear tanto el concepto como la práctica de rehabilitación. Se le ha hecho, desde la psicología, recuperando el concepto de competencias y proponiendo las que, con base en nuestra experiencia, consideramos deberían ser las subcompetencias que son claves para los propósitos de intervenir desde la psicología: informar, regular y entrenar. Cada una de estas subcompetencias se ha definido, primero, de acuerdo con la lógica del lenguaje ordinario, y segundo, en su sentido técnico, o sea, una vez que se especifican las habilidades y criterios de logro (Ribes, 2011).

Para que un paciente haga aquello que se espera con relación a la enfermedad y los tratamientos, es necesario que se informe y conozca sobre ambas. Para conocer hay que informarse, lo que precisa de los profesionales de la salud poseer las habilidades para saber informar; no es suficiente decirle a un paciente, por ejemplo, que tiene que consumir cuatro medicamentos antirretrovirales al día y a distintos horarios. Se le puede informar y, por lo tanto, el paciente puede conocer sobre ambas, la enfermedad y los tratamientos, sin que necesariamente ello se traduzca en saber hacer, por lo que aquellos —los profesionales de la salud— también deben poseer las habilidades que son pertinentes para que conocer se traduzca y encuentre su debida correspondencia con hacer algo eficientemente. De ahí que informar y conocer constituyan tan solo el primer eslabón de una cadena en la que estarían implicadas diversas habilidades, tendientes a facilitar el ajuste a la enfermedad, los tratamientos y, llegado el momento, ayudar al *bien morir*.

Desde un punto de vista psicológico, lo antes dicho es fundamental, porque hay que entender que según sea la enfermedad, los requerimientos de los tratamientos serán menos o más complejos. En efecto, no es lo mismo, por ejemplo, consumir hipoglucemiantes para el control de la diabetes, que consumir los medicamentos antirretrovirales en quienes viven con la infección por el VIH o el sida. Si un paciente con diabetes deja de consumir aquellos medicamentos no generarán resistencia a los mismos, o al menos no se ha demostrado que ello ocurra; sin embargo, para una persona con VIH o sida, el dejar de consumirlos está demostrado que genera resistencia, que se asocia con el fenómeno conocido como *rebote viral* y, finalmente, con el desarrollo de diferentes comorbilidades (Cohen, Meyers, & Davis, 2013; Duncombe, Ball, Passarelli, & Hirnschall, 2013). Disponer, por tanto, de los conocimientos y las habilidades para entender y atacar la problemática de los ajustes a la enfermedad y de la práctica de las conductas de adhesión a los tratamientos, es condición necesaria y suficiente para los fines de coadyuvar en el control y el curso clínico de cualquier enfermedad crónica.

En el caso de los protocolos interdisciplinarios de actuación se ha justificado por qué, desde un punto de vista psicológico, es indispensable considerar al paciente, en tanto persona, comportándose en lo individual. Como correctamente apunta Ribes (1990), la conducta es en gran medida funcionalidad adquirida con base en la reactividad biológica, por lo que no tiene nada de

particular que sea justo la conducta un elemento clave para ejercer una influencia moduladora especial sobre los distintos sistemas reactivos biológicos —por ejemplo, cardiovascular, endocrino e inmune, principalmente— y, por consiguiente, sobre los estados biológicos resultantes. De ahí que si se aspira a influir positivamente en la rehabilitación y control clínico de las enfermedades crónicas, la dimensión psicológica en éstas se torna entonces pertinente. Lo psicológico, que tiene que ver con el decir, el sentir y el hacer de las personas comportándose en lo individual, es fundamental a lo largo del proceso por el que cursa una enfermedad, iniciando con su diagnóstico, pasando por la importancia de adiestrar al paciente en informarse y conocer sobre la misma, los tratamientos y la diversidad de acciones que tiene que desplegar para hacerle frente.

Por todo ello, se ha sostenido la tesis de que, en el contexto de la rehabilitación de las enfermedades, una clasificación en tres tipos de subcompetencias bien podría coadyuvar en su control clínico, evitar su progresión el mayor tiempo posible y, se insiste, llegado el momento, ayudar a *bien morir*. Informar, regular y entrenar son las tres subcompetencias que precisan ser entrenadas por los psicólogos en el ámbito clínico. Ciertamente, subsiste en México un problema que no solo incluye las dificultades inherentes a las que se enfrentan aquellos cuando se insertan en el ámbito de la salud y cuando se trata de hacer lo propio en los equipos interdisciplinarios de salud.

También es necesario reconocer qué habilidades son necesarias entrenar en los estudiantes y los psicólogos ya establecidos, y segundo, entender que este proceso de entrenamiento ha de conducirnos en México a *re-plantearnos* a la brevedad los programas de formación y entrenamiento de los psicólogos desde las universidades públicas (Ribes, 2009), en general, y de aquellos que están especialmente interesados en el ámbito de la salud (Piña, 2004, 2010). Nuestra insistencia en la concurrencia de protocolos de intervención y la propuesta desarrollada, conlleva al compromiso ineludible de revisar nuestros planes y programas de estudio, en los que la formación y el entrenamiento de los psicólogos está haciendo evidente una suerte de *desfase* entre lo que las instituciones de salud demandan y lo que se está aportando por parte de los profesionales de la psicología (Piña, Sánchez-Bravo, García-Cedillo, Ybarra, & García-Cadena, 2013).

Nos parece que esta forma de proceder es la más viable no solo para cumplir con dicha encomienda, sino inclusive para hacer valer el peso que el profesional de la psicología bien podría tener en la propia formación y entrenamiento de los especialistas médicos (Carr, Emory, Errichetti, Johnson, & Reyes, 2007; Chur-Hansen et al., 2008).

Referencias

- American Diabetes Association (2013). Standards of medical care in diabetes-2013. *Diabetes Care*, 36(Suppl. 1), S11-S66.
- Caballero, N.P., Pérez, I.N., Herrera, M.A., Manrique, M.A., & Sánchez-Sosa, J.J. (2012). Efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre la adhesión terapéutica y regulación emocional en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 22, 257-273.

- Canales, L. (2011). Intervención cognitivo-conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. *Suma Psicológica*, 8, 21-28.
- Carr, J.E., Emory, E.K., Errichetti, A., Johnson, S.B., & Reyes, E. (2007). Integrating behavioral and social sciences in the medical school curriculum: Opportunities and challenges for psychology. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 33-39.
- Castro, C.G., Matamoros-Tapia, J.L., Mijangos, M.G., Nava-Guerrero, E.J., & Sánchez-Sosa, J.J. (2012). Intervención conductual aguda en una sesión, en las enfermedades hipertensivas en el embarazo: Un estudio piloto. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2, 78-86.
- Chur-Hansen, A., Carr, J.E., Bundy, C., Sánchez-Sosa, J.J., Tapanya, S., & Wahass, S.H. (2008). An international perspective of behavioral science education in medical schools. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15, 45-53.
- Cohen, C.J., Meyers, J.L., & Davis, K.L. (2013). Association between daily antiretroviral pill burden and treatment adherence, hospitalization risk, and other healthcare utilization and cost in a US Medicaid population with HIV. *BMC Open*, 3, e003028.
- Contreras-Leal, E.A., & Santiago-García, J. (2011). Obesidad, síndrome metabólico y su impacto en las enfermedades cardiovasculares. *Revista Biomédica*, 22, 103-115.
- Córdova-Villalobos, J.A. (2009). Sobrepeso y obesidad, problemas de salud pública en México. *Cirugía y Cirujanos*, 77, 421-422.
- Córdova-Villalobos, J.A., Barriguete-Meléndez, J., Lara-Esqueda, A., Barquera, S., Rosas-Peralta, M., Hernández-Ávila, M., et al. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Pública de México*, 50, 419-427.
- Córdova-Villalobos, J.A., Lee, G., Hernández-Ávila, M., Aguilar-Salinas, C.A., Barriguete-Meléndez, J.A., Kuri-Morales, P., et al. (2008). Plan de prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas: Sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus, 2007-2012 y sistema de indicadores de diabetes en México. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 16, 104-107.
- Creed, F. (2011). Psychosocial factors of predictors of outcome in the medically ill. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 392-394.
- Duncombe, C., Ball, A., Passarelli, C., & Hirschall, G. (2013). Treatment 2.0: catalyzing the next phase of treatment, care and support. *Current Opinion in HIV/AIDS*, 8, 4-11.
- ElZarrad, M.K., Eckstein, E.T., & Glasgow, R.E. (2013). Applying chronic illness care, implementation science, and self-management support for HIV. *American Journal of Preventive Medicine*, 44(1S2), S99-S107.
- Froján, M.J. (2013). Análisis funcional de la interacción terapéutica. *Conductual: Revista Internacional de Interconductismo y Análisis de Conducta*, 1, 72-92.
- Gaertner, J., Wolf, J., Hallek, M., Glossmann, J-P., & Voltz, R. (2011). Standardizing integration of palliative care into comprehensive cancer therapy—a disease specific approach. *Support Care Cancer*, 19, 1037-1043.

- García, R., & Sánchez-Sosa, J.J. (2013). Efectos de la entrevista motivacional en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Psicología y Salud, 23*, 183-193.
- García-Cedillo, I., Cázares, O., Piña, J.A., & Ybarra, J.L. (2012). Adhesión al TAR en personas con VIH/sida en la región noroeste de México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 2*, 125-132.
- Garduño, C., Riveros, A., & Sánchez-Sosa, J.J. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama: efectos de una intervención cognitivo-conductual. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual, 1*, 69-80.
- Goldiamond, I. (1974). Toward a constructional approach to social problems: Ethical and constitutional issues raised by applied behavior analysis. *Behaviorism, 2*, 1-84.
- Hoen, B., Bonnet, F., Delaugerre, C., Delobel, P., Goujard, C., L'Hénaff, F., et al. (2014). French 2013 guidelines for antiretroviral therapy of HIV-1 infection in adults. *Journal of the International AIDS Society, 17*, 19034.
- Jiménez-Corona, A., Aguilar-Salinas, C.A., Rojas-Martínez, R., & Hernández-Ávila, M. (2013). Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud Pública de México, 55*(Supl. 2), S137-S143.
- Kantor, J.R. (1980). *Psicología interconductual*. México: Trillas.
- Kaholokula, J.K., Godoy, A., O'Brien, W.H., Haynes, S.N., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud, 24*, 117-127.
- Landa, E., & Juárez, A. (2012). Tratamiento conductual de la esclerosis lateral amiotrófica avanzada: reporte de caso. *Psicología y Salud, 22*, 283-292.
- Landa, E., Martínez, A.I., & Sánchez-Sosa, J.J. (2013). Medicina basada en la evidencia y su importancia en la medicina conductual. *Psicología y Salud, 23*, 273-282.
- Mann, D.M., Ponieman, D., Leventhal, H., & Halm, E.A. (2009). Predictors of adherence to diabetes medication: the role of disease and medication beliefs. *Journal of Behavioral Medicine, 32*, 278-284.
- Marchena-Giráldez, C., Calero-Elvira, A., & Galván-Domínguez, N. (2013). La importancia de las instrucciones del psicólogo para favorecer la adhesión terapéutica. *Clínica y Salud, 24*, 55-65.
- Méndez-Venegas, J., Mejía-Velarde, R., Laborín-Álvarez, J.F., & Piña, J.A. (2014). Adhesión en mujeres con cáncer de mama del Perú. *Gaceta Mexicana de Oncología, 13*, 117-123.
- Meza-Rodríguez, M.P. (2007). Guía clínica de intervención psicológica de la mujer con cáncer de mama y ginecológico. *Perinatología y Reproducción Humana, 21*, 72-80.
- Morales, F., & Piña, J.A. (2016). Bases para un enfoque interdisciplinario en el ámbito de la salud en México: reflexiones críticas sobre las Unidades Médicas de Especialidad (UNEME). En J.A. Piña & J.L. Ybarra (Coords.), *Psicología y salud: temas selectos para el debate* (pp. 39-58). México: Universidad Autónoma de Tamaulipas/Editorial Colofón.
- Piña, J.A. (en prensa). *Salud y enfermedad en México: Análisis y propuestas desde la psicología y salud*. México: UNAM/Editorial LEED.

- Piña, J.A. (2004). La psicología y los psicólogos en el sector salud en México: algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 191-295.
- Piña, J.A. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15, 233-255.
- Piña, J.A. (2013). Adhesión al tratamiento en personas con VIH/SIDA: una propuesta integradora. *Conductual: Revista Internacional de Interconductismo y Análisis de Conducta*, 1, 47-62.
- Piña, J.A. (2015). *Psicología y salud: obstáculos y posibilidades para su desarrollo en el siglo XXI*. Hermosillo, México: Universidad de Sonora.
- Piña, J.A., Fierros, L.E., García-Cadena, C.H., & Ybarra, J.L. (2011). Psicología y salud [II]. Teniendo puentes entre la psicología básica y la aplicada. El rol del fenómeno de personalidad. *Pensamiento Psicológico*, 9, 203-212.
- Piña, J.A., García-Cadena, C.H., Ybarra, J.L., & Fierros, L.E. (2012). Psychological and biological variables among HIV 100% adherent patients: A path analysis. En C.H. García-Cadena, R. Ballester & J.A. Piña (Eds.), *Chronic diseases and medication adherence behaviors: Psychological research in Ibero-American countries* (pp. 203-219). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Piña, J.A., Sánchez-Bravo, C., García-Cedillo, I., Ybarra, J.L., & García-Cadena, C.H. (2013). Psicología y salud en México: algunas reflexiones basadas en el sentido común y la experiencia. *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 9, 347-360.
- Piña, J.A., & Sánchez-Sosa, J.J. (2007). Modelo psicológico para la investigación de los comportamientos de adhesión en personas con VIH. *Universitas Psychologica*, 6, 399-407.
- Piña, J.A., & Torres, A. (2008). Stress-related situations as predictors of adherence-to-medication behaviors among women with type 2 diabetes. *International Journal of Hispanic Psychology*, 1, 75-84.
- Piña, J.A., Ybarra, J.L., Alcalá, I.G., & Samaniego, R.A. (2010). Psicología y salud (I): La importancia de llamarse modelo y apellidarse teórico-conceptual. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2, 21-29.
- Reach, G. (2011). Obedience and motivation as mechanism for adherence to medication: a study in obese type 2 diabetic patients. *Patient, Preference and Adherence*, 5, 523-531.
- Real Academia Española (RAE). (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Autor.
- Repetto, P., Bernales, M., & González, M. (2011). Consenso chileno de rehabilitación respiratoria en paciente con EPOC. XI. Aspectos psicológicos de la rehabilitación pulmonar en el paciente con enfermedad obstructiva crónica. *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, 27, 144-152.
- Reyes, A., Sow, I., & Jones, R. (2013). Indicadores de rehabilitación psicológica en el paciente con insuficiencia renal crónica terminal. *Psicología para América Latina*, 24, 43-67.
- Ribes, E. (1982). Reflexiones sobre una caracterización profesional de las aplicaciones clínicas del análisis conductual. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 8, 87-96.

- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. (2005a). Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 5-14.
- Ribes, E. (2005b). ¿Qué se debe medir en psicología? La cuestión de las diferencias individuales. *Acta Comportamentalia*, 13, 37-52.
- Ribes, E. (2006). Competencias conductuales: su pertinencia en la formación y práctica profesional del psicólogo. *Revista Mexicana de Psicología*, 23, 19-26.
- Ribes, E. (2008). Educación básica, desarrollo psicológico y planeación de competencias. *Revista Mexicana de Psicología*, 25, 193-207.
- Ribes, E. (2009). La investigación en la universidad pública. *Ciencia*, 60, 70-77.
- Ribes, E. (2011). El concepto de competencia: su pertinencia en el desarrollo psicológico y la educación. *Bordón*, 63, 33-45.
- Ribes, E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual. Una introducción a la teoría de la psicología*. México: El Manual Moderno.
- Rojas, R., Vega, Z., Nava, C., & Saavedra, K. (2011). Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *LIBERABIT*, 17, 223-230.
- Sánchez-Sosa, J.J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: la interfaz, intervención-investigación en psicología de la salud. En G. Rodríguez & M.E. Rojas (Coords.), *La psicología de la salud en América Latina* (pp. 33-44). México: Universidad Nacional Autónoma de México/Miguel Ángel Porrúa.
- Sánchez-Sosa, J.J. (2002). Treatment adherence: The role of behavioral mechanism and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*, 19, 85-92.
- Sánchez-Sosa, J.J., Fierros, L.E., Cázares, O.R., & Piña, J.A. (2011). Estudio longitudinal de variables psicológicas y conductas de adhesión en personas VIH+: efectos sobre los niveles de carga viral. En J.L. Ybarra, J.J. Sánchez-Sosa, & J.A. Piña (Eds.), *Trastornos y enfermedades crónicas: una aproximación psicológica* (pp. 137-144). México: El Manual Moderno.
- Stanton, A.L., Revenson, T.A., & Tennen, H. (2007). Health Psychology: Psychological adjustment to chronic disease. *Annual Review of Psychology*, 58, 565-592.
- Stone, N.J., Robinson, J.G., Lichtenstein, A.H., Merz, N.B., Blume, C.B., Eckel, R.H., et al. (2013). 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerosis cardiovascular risk in adults. *Circulation*, 129, S1-S45.
- Taylor, D., & Bury, M. (2007). Chronic illness, expert patients and care transition. *Sociology of Health and Illness*, 29, 27-45.
- Valencia, A., Flores, A., & Sánchez-Sosa, J.J. (2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 32, 178-198.

- Wirtz, V.J., Serván-Mori, E., Heredia, I., Dreser, A., & Ávila-Burgo, L. (2013). Factores asociados con la utilización y el gasto en medicamentos en México. *Salud Pública de México*, 55(Supl. 2), S12-S22.
- World Health Organization (WHO). (2012). *The strategic use of antiretroviral to help end the HIV epidemic*. Geneva, sw: WHO. Recuperado de http://who.int/hiv/pub/strategic_use
- Wolff, C., Alvarado, R., & Wolff, M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con VIH. Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Infectología*, 27, 65-74.
- Yancy, C.W., Jessup, M., Bozkurt, B., Butler, J., Casey, D.E., Drazner, M.H., et al. (2013). 2013 ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: Executive summary. *Circulation*, 128, 1810-1852.
- Ybarra, J.L., Orozco, L.A., de León, A.E., & Vargas, A.C. (2012). Intervención cognitivo-conductual para la mejora del autocuidado y la calidad de vida en adolescentes con diabetes tipo 1 y sus familias. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 2, 96-102.

Capítulo 7

Propuesta disciplinaria para abordar la diabetes mellitus tipo 2: efectos de cuatro técnicas psicológicas^ª

María de Lourdes Rodríguez Campuzano, Antonia Rentería Rodríguez, Norma Yolanda Rodríguez Soriano, Antonio Rosales Arellano y Jorge Martínez Stack***

En los últimos cincuenta años las principales causas de incapacidad y muerte alrededor del orbe se han producido merced a las enfermedades infecciosas, las carenciales y las crónicas; dentro de estas últimas destaca, principalmente, la diabetes mellitus (DM). De acuerdo con la *International Diabetes Federation* (IDF), en el 2017 algunas de las cifras mundiales sobre la DM fueron las siguientes:

1. Alrededor de 425 millones de adultos la padecen, lo que equivale a 1 de cada 11 personas adultas; además, dos tercios de dicha cantidad se encuentra en edad productiva.
2. Dos tercios de esta población vive en zonas urbanas, esto es, 280 millones de personas.
3. Una de cada dos personas (212.5 millones) no ha sido diagnosticada oportunamente de la enfermedad.
4. Uno de cada seis nacimientos fue afectado por hiperglicemia durante el embarazo.
5. Cuatro millones de personas fallecieron tan solo ese mismo año, y además, cabe mencionar que el gasto sanitario mundial dedicado a la enfermedad fue de 727 millones de dólares norteamericanos.

En México, según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), la prevalencia de DM en la población mexicana fue de 9.4% (porcentaje superior a la media mundial: 8.8%) y desde 2005 se constituyó como la primera causa de muerte en el país. Este conjunto de datos convierte a la diabetes en un problema prioritario para los sistemas de salud tanto en México como en otros países, en donde el control de la enfermedad es prioridad; sirva mencionar que según datos de la ENSANUT, solo el 82.4% de diabéticos con diagnóstico médico recibe tratamiento para su enfermedad (Instituto de Salud Pública, 2012).

^ª *El presente estudio se realizó gracias al apoyo de la DGAPA-UNAM PAPIIT301114.*

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

***Dirección General de Evaluación Institucional, Universidad Nacional Autónoma de México, México.*

La DM es una enfermedad en la que la persona que la padece sufre alteraciones del metabolismo de las proteínas, carbohidratos y grasas, con una deficiencia absoluta o relativa en la secreción de insulina y con grados variables de resistencia a esta; en la cúspide de la enfermedad se suele presentar hiperglucemia en ayunas y en la mayor parte de los pacientes con una larga evolución de la enfermedad se presentan complicaciones microangiopáticas, que incluyen la afección de las arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y neuropatía (Vázquez, Gómez, & Fernández, 2006). Las complicaciones que la DM tipo 2 provoca pueden dividirse según su grado de evolución en agudas y crónicas. Entre las agudas están el coma diabético y la hipoglucemia; entre las crónicas encontramos a la aterosclerosis, neuropatía, retinopatía y nefropatía, entre otras.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016a) existen diferentes tipos clínicos de diabetes, las cuales se subdividen en tres grupos diferentes: Tipo 1, Tipo 2 y Gestacional. No obstante, estudios recientes (Ahlqvist et al., 2018) plantean que las personas con problemas para controlar los niveles de glucosa en sangre presentan muchas diferencias, ya que responden a distintos tipos genéticos y etéreos, lo que conlleva a complicaciones disímiles. Con base en este planteamiento los autores proponen una división en cinco grupos distintos, a saber:

Grupo 1: Diabetes severa autoinmune, que correspondería a la Tipo 1 de acuerdo con la OMS.

Grupo 2: Diabetes severa por deficiencia de insulina. Esta diabetes es muy similar a la Tipo 1, aunque la diferencia es que, aunque las células beta tienen dificultades para producir insulina —de forma similar a la anterior—, no presenta problemas en el sistema inmunológico. Estos pacientes tienen mayores probabilidades de padecer ceguera.

Grupo 3: Diabetes severa por resistencia a la insulina. Esta presenta una mayor tendencia para quienes la padecen tengan sobrepeso y aunque su organismo produce insulina, no reacciona a la misma y tienen mayor riesgo de enfermedades renales.

Grupo 4: Diabetes moderada relacionada con la obesidad. La padecen quienes presentan gran sobrepeso.

Grupo 5: Diabetes moderada relacionada con la edad. La desarrollan como su nombre lo indica, personas de edad avanzada.

Según la propia OMS (2016a, 2016b), la más común es la DM tipo 2, mientras que para Ahlqvist et al. (2018) las más frecuentes son las de los grupos 3 y la 4. Estos tipos de diabetes, de acuerdo con estos autores, afectan alrededor del 90% de todas las personas con diabetes mellitus en el mundo.

Antecedentes familiares, factores ambientales y estilo de vida

Existe una gran variedad de variables asociadas con la DM tipo 2, siendo quizá la obesidad la principal entre todas ellas, es conocido que el riesgo de padecer DM se incrementa más con cierto tipo de obesidad, es decir, existe la obesidad central o androide (cuya acumulación de grasa se concentra en cara, tórax y abdomen) y la periférica o ginoide (en esta la grasa se acumula en glúteos,

muslos y brazos). La obesidad, principalmente la central, causa resistencia a la insulina y puede disminuir la sensibilidad de las células β a la glucosa comparada con la obesidad tipo periférica también está altamente correlacionada con enfermedad cardiovascular. El sedentarismo, el tabaquismo, una dieta inadecuada son también factores que contribuyen a desarrollar problemas de salud, siendo justo la diabetes uno de ellos; por ende, la actividad física moderada, la modificación de hábitos alimentarios, el monitoreo de los niveles de glucosa en sangre, el control del tabaco y del alcohol contribuyen a mejorar la tolerancia a la glucosa y a prevenir el desarrollo de diabetes (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2014).

Lahsen y Reyes (2009) afirman que la mayoría de los diabéticos presenta sobrepeso u obesidad debido a una alimentación hipercalórica rica en carbohidratos simples y grasas saturadas, entre otros nutrientes. La modificación de los hábitos alimentarios constituye un elemento substancial —no el único— a considerar al momento de planear estrategias dirigidas al abordaje de la salud en sus diferentes planos: en acciones remediales, de psicoeducación, en la investigación sobre el tema, y en la prevención de tal forma que se favorezca el mejoramiento de la salud o la reducción de los efectos negativos de las prácticas de riesgo.

Los tratamientos que se utilizan para el control de esta enfermedad se dividen usualmente en dos grandes ramas, a saber, los farmacológicos y los no-farmacológicos (Lerman, 1994). Los primeros se refieren a todas aquellas intervenciones donde los fármacos revisten el papel central a la hora de atacar la enfermedad, ya que se le prescriben al paciente medicamentos que disminuyen la absorción de hidratos de carbono o los que actúan sobre los niveles de insulina; también están los que disminuyen la secreción de glucosa o los que reducen la resistencia a la insulina; finalmente, se encuentran los fármacos que reducen la absorción de glucosa en el intestino. El tratamiento farmacológico exige una estrecha atención a los diversos factores que alteran el metabolismo y va encaminado a controlar los niveles de glucemia de manera constante (Ayala, Calvo, Herrada, López, & Tezanos, 2002).

Dentro de los tratamientos no-farmacológicos se encuentran todas las estrategias encaminadas a lograr el control glucémico mediante la modificación de diversos hábitos y comportamientos relacionados con la obesidad, el sobrepeso, el sedentarismo, el tabaquismo, la ingesta de alcohol y el inadecuado manejo del estrés, entre otros. Para Rodríguez, Rentería, Rosales y Rodríguez (2014) estos hábitos constituyen factores de riesgo que contribuyen a desarrollar la DM y otras enfermedades. Dichas conductas, así como son instauradas a través del tiempo y mediante su práctica repetida, son susceptibles de ser alterables, es decir, modificables. A este respecto, Alpizar (2001) considera que modificar la dieta y realizar ejercicio físico contribuyen de manera notoria a transformar diversos factores de riesgo en componentes más saludables. De acuerdo con este autor, la dieta adecuada y su cumplimiento son la piedra angular del tratamiento para abordar y facilitar el control de esta enfermedad.

Adherirse a una dieta adecuada es fundamental para el control de la diabetes, ya que permite disminuir el sobrepeso, la obesidad, bajar los niveles de glucosa en sangre y de esta forma

eliminar la dependencia al uso de medicamentos, así como mejorar la calidad de vida del paciente. Geoffrey, Pickup y William (2002) afirman que muchas de las complicaciones de este padecimiento, así como de la hipertensión, cardiopatía coronaria y accidentes vasculares están asociadas a la obesidad. Rodríguez, Rentería y García (2013) recomiendan que la base para el tratamiento y el control de la diabetes, desde la psicología, sea la adhesión a una dieta saludable.

La psicología de la salud se ha ocupado —entre otros temas— de estudiar la adhesión al tratamiento, así como el análisis de la adherencia a la dieta en particular, y para ello se ha apoyado en diversos modelos teóricos, así como en el examen de diversas propuestas terapéuticas desde los que han investigado múltiples variables y su relación con la adherencia. Los niveles de adherencia al plan terapéutico y al de alimentación adecuada continúan siendo relativamente bajos, ubicándose en un 50% (Orozco et al., 2016; Ortiz & Ortiz, 2007; Rhee, Slocum, Ziemer, Culler, & El-Kebbi, 2005; Vijan et al., 2005), lo que justifica seguir investigando alrededor del muy viable papel de la adherencia a la dieta y su rol en el control de esta enfermedad.

Antecedentes de propuestas de trabajo ante sujetos con diabetes mellitus

En la investigación contemporánea dentro de este ámbito de problemas de salud pública, se puede observar que las intervenciones se han dirigido a alguna de las siguientes áreas: 1) Pacientes con diabetes; 2) Personal sanitario encargado de la atención de la población; 3) Cuidadores/familiares que proporcionan la atención cotidiana; y 4) Comunidad en general (OMS, 2004).

Si se define a la psicología como la ciencia que estudia el comportamiento, esta misma disciplina puede proporcionar estrategias para emprender un proceso de estudio, análisis y modificación (en caso necesario) de las conductas de los pacientes, de sus familiares, del personal sanitario, e incluso de las prácticas comunitarias con respecto a los cuidados de la salud. Algunos ejemplos de trabajos de esta índole son los de Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda (2006), quienes trabajaron con pacientes enfermos; de igual forma, Quirós y Villalobos (2007) compararon la adhesión o no al tratamiento en poblaciones de dos zonas geográficas costarricenses; trabajo similar fue realizado por Novakofsky y Karduck (2005) en una comunidad con pacientes diabéticos. Otro trabajo interesante es el programa diseñado para promover el autocuidado de la diabetes y la adhesión al tratamiento en comunidades agrarias de inmigrantes mediante la figura de promotor, este estudio fue realizado por Campesinos sin fronteras (s/f). También se cuenta con el trabajo de Canga et al. (2000) y el de Riveros, Cortázar, Alcázar y Sánchez-Sosa (2005) con enfermeras-cuidadoras y pacientes con diabetes respectivamente. Un trabajo similar fue llevado a cabo por Sánchez, Molina y Gómez (2016), donde mediante un diseño cuasi-experimental trabajaron con cuidadores informales, a quienes se les proporcionó acompañamiento y fortalecimiento en sus labores de asistencia a la salud de los adultos mayores enfermos a quienes atendían. Por su parte, Rodríguez, Rentería, Rosales y Rodríguez (2014) diseñaron un programa educativo para pacientes con DM, donde priorizaron que personas con diabetes aprendieran habilidades de tipo social, de autocontrol y de solución de problemas con diferentes grados de dificultad; en conjunto todas estas competencias ayudaron a los pacientes a manejar mejor su enfermedad.

El elemento en común de estos trabajos aplicados radica en el énfasis puesto en:

1. El trabajo con diversas muestras poblacionales como son los pacientes, los cuidadores primarios, el equipo médico e incluso con amplias muestras de grupos sociales.
2. La capacitación y entrenamiento de habilidades específicas como son las de autocontrol, comunicación, negociación, búsqueda de información sobre la propia enfermedad, expresión emocional, solución de problemas, así como habilidades sociales, habilidades para establecer una dieta saludable, para seguir un programa de ejercicio, para adherirse a la dieta y, en general, para someterse a un régimen de seguimiento de las indicaciones del equipo de salud, entre otras habilidades proactivas.

Estos y otros ejemplos de intervenciones se han realizado —entre otras— prestando especial atención en la modificación conductual de los diferentes actores participantes. Desde la disciplina psicológica orientada conductualmente se parte de la siguiente postura, en aras de descifrar la conducta involucrada en el proceso salud-enfermedad:

[...] se entiende el mantenimiento o la pérdida de la salud como resultante del modo en que el individuo interacciona con su entorno y por ende se identifican los factores de riesgo; los esfuerzos para lograr un trabajo de prevención deberán seguir la misma tónica, es decir, que se deben buscar estrategias que promuevan las conductas preventivas considerando tanto aquellas situaciones particulares en las que cada individuo se ve envuelto y que predisponen la ocurrencia de acciones en pro de la salud, como la promoción de competencias dinámicas y adaptables al contexto que las rodea. El paciente diabético o pre-diabético debe ser competente para mantener alejada la enfermedad siguiendo una rutina particular en la manera como se comporta en la vida diaria. (Rodríguez et al., 2014; p.108)

De acuerdo con Berrocal, Luciano, Zaldivar y Esteve (2003), el tratamiento cognoscitivo-conductual de la obesidad ha demostrado un mayor éxito comparado con otras intervenciones médicas y psicológicas para producir reducciones en el peso corporal, aunque sus resultados no han sido del todo satisfactorios, ya que la pérdida de peso que alcanzan las personas que participan en ellos —aunque estadísticamente significativa— es poca y no llega a presentar relevancia desde el punto de vista clínico.

Considerando la importancia y gravedad de esta enfermedad, así como algunos vacíos teóricos y de efectividad tanto de la aproximación conductual como de otras propuestas psicológicas y con base en la propuesta interconductual, específicamente en el Modelo Psicológico de la Salud de Ribes (1990), se ha desarrollado una línea de investigación que, entre otros propósitos, se ha encargado de evaluar algunas técnicas conductuales en relación con la adhesión a la dieta. Uno de esos estudios evaluó un programa de intervención compuesto por cuatro técnicas conductuales

que probaron su efectividad para reducir los niveles de glucosa en sangre, mejorar el peso corporal y reducir el índice de masa corporal (IMC). En el estudio que aquí se presenta se llevó a cabo un conjunto de talleres para enseñar varias técnicas (psicoeducación, habilidades sociales, autocontrol y solución de problemas) en secuencias diferentes a cuatro grupos de pacientes con DM tipo 2. Por tanto, el objetivo de este estudio fue explorar si el orden o secuencia de aplicación de estas técnicas afectaba los resultados. Para dicho propósito se partió de la siguiente pregunta de investigación: ¿La secuencia de aplicación de las técnicas es un factor relevante que podría afectar los resultados en términos de reducción de glucosa en sangre, peso corporal e IMC?

Método

Participantes

La muestra, de tipo intencional, estuvo conformada por 127 participantes (40% varones y 60% mujeres) con diagnóstico de DM tipo 2, quienes asistían a varios centros públicos de salud en la zona conurbada de la Ciudad de México. El rango de edad osciló entre los 16 y los 89 años. La mayoría de los participantes tenía estudios primarios o técnicos; finalmente, más del 50% reportó que padecía la enfermedad desde 3 años o más.

Tipo de estudio

Se empleó un diseño cuasi-experimental de conmutación (Campbell & Stanley, 1977), también llamado rotativo, dado que en este tipo de diseño se logra mayor control y precisión gracias a la aplicación del tratamiento a todos los participantes; en este caso se aplicaron las cuatro técnicas (en diferente orden) a los cuatro grupos, con pre y pos-test. Se seleccionó este diseño porque facilita analizar con mayor detalle si alguna secuencia de aplicación tendría mejores resultados para lograr bajar los niveles de glucosa en sangre y ciertos índices antropométricos. A pesar de que este diseño solamente requiere de las pruebas pos-tests, en esta ocasión se registraron los pre-tests con la finalidad de poder realizar mediciones independientes en caso necesario.

Materiales e instrumentos

1. Peso corporal e índice de masa corporal: El IMC se calculó dividiendo el peso de cada participante entre su estatura al cuadrado. La OMS indica que las cifras normales están entre 18.5 y 24.99.
2. Niveles de glucosa en sangre: Se obtuvieron mediante un glucómetro con sus respectivas tiras y lancetas. Las cifras normales de glucosa en sangre oscilan desde 80 a 110 mg/dl.

Procedimiento

Los grupos de trabajo se integraron con pacientes que asistieron a diversos centros de salud de consulta externa y donde recibieron una invitación para participar en el taller de apoyo a diabéticos. Se formaron cuatro grupos de participantes ante los que se utilizó un paquete de cuatro técnicas, presentadas a cada grupo en diferente orden de aparición.

Al inicio de la intervención a cada grupo se le explicaron las metas del taller, se solicitó su consentimiento para la participación en el mismo y se les pidió que para la primera sesión asistieran en ayuno. Posteriormente, se llevó a cabo el estudio en dos etapas: en la primera, de *pretest*, los investigadores midieron el peso corporal y tomaron las medidas del IMC de cada participante, así como los niveles de glucosa en sangre. A todos los pacientes se les explicó la dinámica de las sesiones, se dieron indicaciones sobre el respecto y se resolvieron dudas. Esta fase se llevó a cabo en una sesión de una hora. En la segunda etapa, de *intervención mediante 4 fases*, cada una de estas correspondió a la aplicación de cada una de las cuatro técnicas y el registro del *postest* correspondiente de cada una. En esta etapa se llevó a cabo el desarrollo del taller y la exposición/explicación de las técnicas mediante estrategias didácticas variadas. En la tabla 1 se expone el orden en que cada técnica se trabajó en cada grupo, así como el número de participantes.*

Tabla 1

Esquema de los cuatro grupos, número de participantes y el orden/secuencia de cada una de las técnicas dentro de cada grupo

Grupo 1 Información (N = 38)	Grupo 2 Autocontrol (N = 8)	Grupo 3 Habilidades sociales (N = 44)	Grupo 4 Solución de problemas (N = 37)
Información, autocontrol, habilidades sociales y solución de problemas	Autocontrol, habilidades sociales, solución de problemas e información	Habilidades sociales, solución de problemas, información y autocontrol	Solución de problemas, información, autocontrol y habilidades sociales

Nota: El número de participantes en el grupo de Autocontrol es menor a los demás debido a la deserción que podría explicarse por la falta de apoyo de la institución de salud pública en la que se atendió a este grupo. Elaboración propia.

Por su parte, en la tabla 2 se muestra un resumen tanto del contenido impartido, correspondiente a cada técnica, así como las estrategias didácticas empleadas.

Tabla 2

Contenido, objetivos y estrategias didácticas incluidos en cada técnica de intervención

Técnica	Contenido, objetivo y estrategias didácticas
Información o psicoeducación	Mediante esta técnica se pretendió proporcionar a los participantes información relevante para su padecimiento, dado que se ha observado que una gran cantidad de personas que padecen esta enfermedad desconocen parcial o totalmente los mecanismos de su problema de salud o poseen información imprecisa o mítica de la misma. <i>Estrategias didácticas:</i> para apoyar la realización del taller correspondiente a esta técnica se elaboró material multimedia y guiones de exposición en archivos tipo <i>PowerPoint</i> . Se llevaron a cabo

	<p>exposiciones orales tipo conferencia a través de las cuales los pacientes participaron activamente, escuchando, atendiendo, preguntando, resolviendo dudas y exponiendo su caso personal. Se llevó a cabo un juego de roles donde a los participantes se les asignaba uno de varios roles: uno representaban ser la glucosa, otro la insulina, otro la célula y otro participante la persona con diabetes y de esta manera hacer más sencilla la explicación de lo que es la DM tipo 2.</p>
<p>Autocontrol</p>	<p>La capacidad de autorregulación es una habilidad fundamental para ir dilucidando los dilemas que en el día a día se presentan y que son retos a sortear y vencer, como el satisfacer o no un antojo, el sustituir o no alimentos nocivos por adecuados, el reducir o no las porciones de alimentos, o el planear los alimentos a consumir. Ante estas y muchas otras situaciones, también entra en juego el saber anticipar o postergar el deleite de la comida y discriminar ante qué situaciones se corre un mayor riesgo o es más probable que se consuman alimentos no adecuados.</p> <p><i>Materiales y estrategias didácticas:</i> se contó con material audiovisual tipo archivo <i>PowerPoint</i>. En este taller se invita a los participantes a que describan las situaciones típicas ante las cuales se les dificultó más adherirse a la dieta: estando solos, en compañía, en casa o fuera de ella, en reuniones de amigos o familiares, entre otras. Se analizaron algunos casos de los participantes y de manera compartida por conductores del taller y diabéticos se propusieron estrategias para <i>resistir</i> y autorregular su comportamiento con el fin de mantenerse fiel o adherido a la dieta.</p>
<p>Habilidades sociales</p>	<p>El objetivo de este taller fue desarrollar habilidades de análisis de las interacciones sociales con todos aquellos que de una u otra manera <i>invitan</i> a romper la dieta. Este conjunto de habilidades proporciona herramientas para afrontar situaciones donde los sujetos negocian, establecen límites y aprenden a ser asertivos ante las circunstancias sociales.</p> <p><i>Materiales y estrategias didácticas:</i> se elaboraron y expusieron materiales audio visuales y archivos tipo <i>PowerPoint</i> donde se exhibieron las características de personas con habilidades sociales o asertividad; a partir de la revisión de este material se procedió al análisis y discusión de las típicas situaciones de la vida diaria que enfrenta una persona con diabetes en donde la falta de habilidades sociales complejiza más la adherencia a la dieta. En el taller se fomentó la participación y exposición de experiencias personales de los participantes. De igual forma mediante juego de roles se representaron situaciones cotidianas donde era necesario ser hábil social para sortear la presión que se ejerce para llevar al diabético a romper la dieta.</p>
<p>Solución de problemas</p>	<p>La meta de este taller no se dirige a no tener conflictos en la vida sino a saber enfrentarlos y darles solución. En este espacio se buscó ayudar a que los participantes desarrollaran habilidades de solución de conflictos, entendiendo esta competencia como un conjunto de comportamientos que va desde saber identificar y definir el problema, generar muy variadas opciones de solución, ponderarlas, elegir la más idónea y ponerla en práctica, analizar los resultados de esa propuesta de solución y en caso de no lograr la meta, escoger otra solución dentro de las analizadas con anterioridad para alcanzar la meta.</p> <p><i>Materiales y estrategias didácticas:</i> mediante un rotafolio se presentaron diversas situaciones con problemas simples ante los que los participantes tenían que sugerir posibles soluciones. Se favorece la propuesta de la secuencia de pasos mencionados en el párrafo anterior. De manera paralela, los participantes exponían problemas típicos ante los que se enfrenta una persona con este padecimiento.</p>

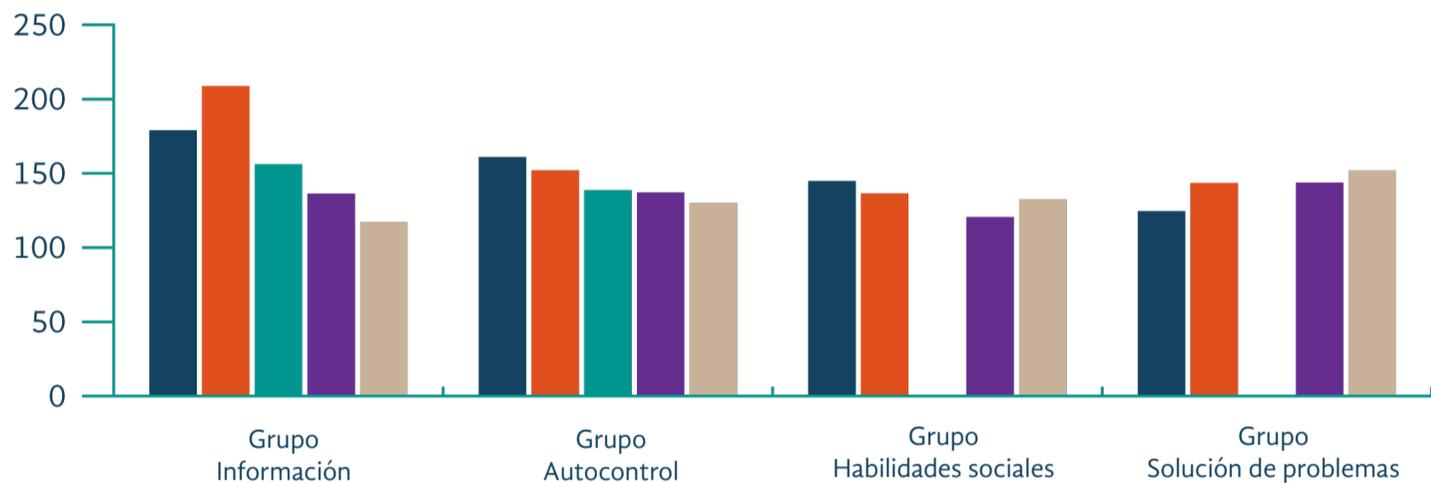
Nota: Elaboración propia.

Resultados

A continuación, se muestran los resultados correspondientes a los cuatro grupos. En la figura 1 se presentan los datos del pretest y de los postest de cada grupo.

Figura 1

Glucemia



	Pretest	Postest 1	Postest 2	Postest 3	Postest F
Grupo Información	179	208.78	156.22	136.37	117.33
Grupo Autocontrol	161	152	138.72	137.11	130.11
Grupo Habilidades sociales	144.82	136.44		120.62	132.5
Grupo Solución de problemas	124.55	143.58		143.71	151.94

Nota: Los datos de glucemia en los cuatro grupos a los que se les aplicaron las técnicas en diferente orden. Se carece de datos del postest para el grupo de Habilidades Sociales y para el de Solución de Problemas por inasistencias en esas fechas y por la necesidad de ajustarse a tiempos y espacios institucionales.

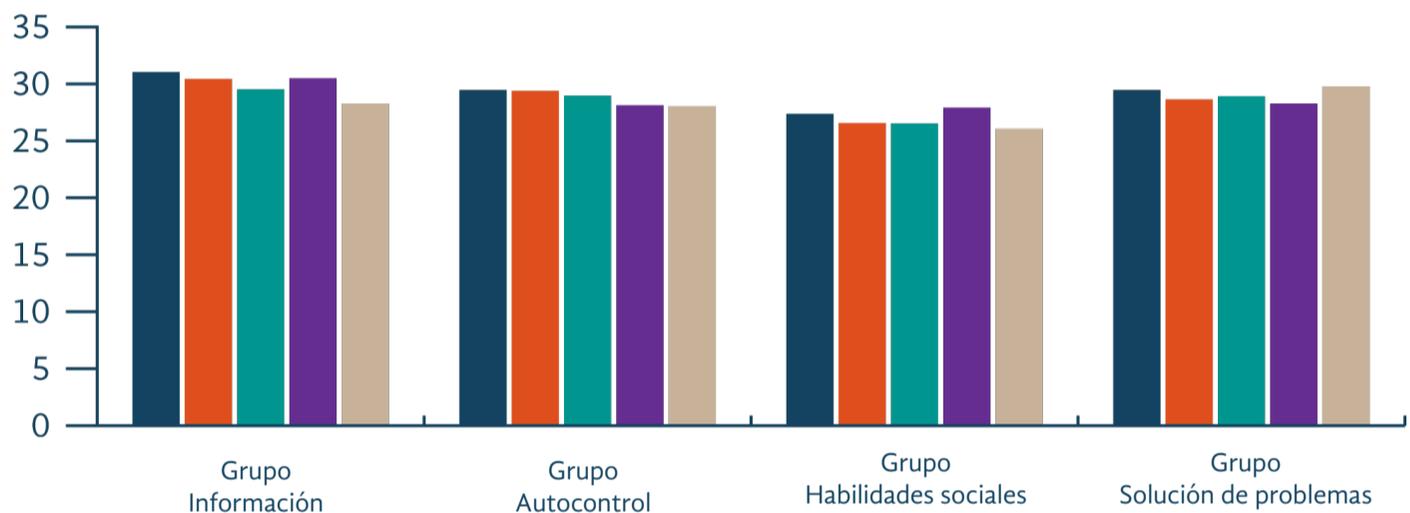
Considerando únicamente los postest de cada grupo al finalizar cada técnica y al llevar a cabo un análisis, el Grupo 1 de Información (información, autocontrol, habilidades sociales y solución de problemas) es el que presenta mejores resultados, es decir, al finalizar cada taller los índices de glucemia fueron disminuyendo poco a poco hasta presentar diferencias entre el postest de información y el de solución de problemas; también las hubo entre el pretest y el postest final. Los datos muestran diferencias entre el pretest y el postest final, así como entre el postest 1 y el postest final. De igual forma se encuentran diferencias entre el postest 2 y el postest final. Estos datos sugieren que este fue el grupo más exitoso en la reducción de los niveles de glucosa en sangre, que es la medida más relevante a reducir en este tipo de pacientes.

En la misma figura 1 se puede observar al grupo 2 de Autocontrol (autocontrol, habilidades sociales, solución de problemas e información) y los datos de los postest, que permiten afirmar que este grupo fue el segundo en obtener los mejores resultados en el control de la glucemia, aunque no tan contundentemente como el grupo de Información. El grupo 3 de Habilidades sociales (habilidades sociales, solución de problemas, información y autocontrol) fue un grupo con

resultados inconsistentes, ya que aunque los valores de los posttest fueron disminuyendo conforme se terminaba cada fase del procedimiento, al final se registró un repunte en los niveles de glucemia: en el posttest final se observa que los niveles de glucemia vuelven a aumentar a valores similares a los del primer posttest; es decir, estas técnicas secuenciadas en este orden no dieron resultados exitosos. El grupo de Solución de problemas (solución de problemas, información, autocontrol y habilidades sociales) fue el menos exitoso en lograr disminuir los índices de glucemia, ya que conforme avanzaban una a una las fases del taller los índices de glucemia lejos de bajar se fueron incrementando paulatinamente. A manera de resumen se puede indicar que en el grupo 1 de Información y en el grupo 2 se tuvieron mejores resultados en la reducción de glucemia.

En la figura 2 se puede apreciar el índice de masa corporal de los cuatro grupos. Aquí observamos que el grupo 1 de Información es el que presenta mejores resultados.

Figura 2
Índice Masa Corporal



Grupo	Pretest	Posttest 1	Posttest 2	Posttest 3	Posttest F
Grupo Información	31.05	30.43	29.52	30.5	28.27
Grupo Autocontrol	29.46	29.39	28.97	28.12	28.04
Grupo Habilidades sociales	27.37	26.56	26.53	27.92	26.05
Grupo Solución de problemas	29.47	28.64	28.92	28.28	29.77

Nota: Aquí se presenta el índice de masa corporal en los cuatro grupos.

Finalmente, en la figura 3 es posible observar los datos correspondientes al pretest y posttest del peso corporal de los participantes de los cuatro grupos.

En la figura 3 se nota que los grupos más exitosos en lograr la disminución de peso corporal fueron el 3 (Habilidades sociales), y el 1 (Información), el grupo menos exitoso en disminuir el peso corporal fue 2 (Autocontrol). Las diferencias entre los pretest y posttest final, así como el entre el posttest 1 y el posttest final son relevantes.

Figura 3

Peso corporal de los participantes



Nota: Elaboración propia.

Análisis estadístico

A continuación se muestran los resultados de las pruebas no paramétricas realizadas: Kruskal Wallis (tabla 3) y Prueba de Wilcoxon (tabla 4).

Mediante el programa *SPSS versión 20*, la prueba Kruskal Wallis (tabla 3) se realizó de manera vertical para analizar si los grupos en el pretest muestran o no diferencias, en este caso los grupos eran equivalentes en glucosa, cintura y cadera no así en índice de masa corporal, peso y talla. Esta equivalencia encontrada en el pretest indica que en los sujetos con diabetes con rangos de glucosa similares y con problemas en cintura y cadera, esta condición es favorable para el estudio dado que uno de los objetivos fue disminuir los niveles de glucosa en sangre así como sus medidas antropométricas.

Una posible explicación a las variables donde no hay equivalencia (IMC, peso y talla) es el tiempo del diagnóstico, la edad e incluso que la mayoría de los participantes son mujeres y es posible que el factor hormonal influya en las medidas.

Tabla 3*Prueba no paramétrica Kruskal Wallis*

Medida	H (Pre)	H (Post)
Glucosa	0.076	0.071
Peso	0.000	0.078
IMC	0.045	0.449
Talla	0.000	0.014
Cintura	0.233	0.900
Cadera	0.129	---

Nota: Nivel de significancia: 5% = 0.05.

De manera paralela se utilizó la prueba Wilcoxon (tabla 4), se analizó prepost general y prepost por cada grupo y medidas.

Tabla 4*Prueba Wilcoxon*

Medida	W	P Valor
Talla	0.447	0.655
Cintura	2.110	0.035
Cadera	2.677	0.007
Peso	2.217	0.027
IMC	1.655	0.098
Glucosa	2.949	0.003

Nota: Nivel de significancia: 5% = 0.05.

Los datos muestran diferencias significativas en glucosa, cintura y cadera, lo cual demuestra que hubo un efecto de la intervención dado que se demostró equivalencia inicial (pretest) en estas variables.

Conclusiones

En este estudio se encontró que el orden de presentación de cuatro técnicas específicas influyó en los niveles de glucosa en sangre, así como en el IMC y el peso de los participantes; en este sentido, los datos encontrados permiten considerar varios puntos. Por un lado, las técnicas aplicadas tienen efectos positivos en el control de peso corporal y los niveles de glucosa en sangre; por otro lado, el orden de presentación de las técnicas aparece como un factor relevante en los resultados

obtenidos: proporcionar información sobre la enfermedad, ayudar a los pacientes a desarrollar habilidades de autocontrol seguido de un entrenamiento en habilidades sociales, y finalmente, desarrollar en ellos la capacidad de resolver diversos problemas relacionados con la enfermedad y todo lo que esta les ocasiona en su vida cotidiana, conforma una estrategia que permite lograr un conjunto de habilidades, que en ese orden en particular, es relevante para lograr las metas de control glucémico y la reducción de algunas medidas antropométricas. Este resultado posee cierta lógica dado que el conocimiento del padecimiento, de sus características, sus causas o factores precipitantes y en particular de las formas de abordarlo facilitan la toma de decisiones respecto de la propia enfermedad y qué hacer con la misma.

Diversos trabajos han explorado los usos y utilidad de proporcionar información a las personas con diversos propósitos. Por ejemplo, Sánchez et al. (2006), al trabajar con pacientes médicamente enfermos, evaluaron los efectos de cuatro técnicas: psicoeducación (información), entrenamiento en relajación, afrontamiento y asertividad; después de aplicar las técnicas por separado lograron disminuir los niveles de tensión y ansiedad en las personas enfermas.

La misma conclusión se constata en la revisión elaborada por Vetere y Rodríguez (2009) sobre diversas propuestas, donde la psico-educación de pacientes diabéticos fue la técnica empleada para modificar hábitos alimentarios. Guimaraes y Araújo (2013) también probaron la psicoeducación con adolescentes diabéticos e igualmente la recomiendan como técnica primordial para la atención de este tipo de población. Conclusiones similares se encuentran en diferentes estudios (Domínguez, Schwarz, Fattore, & Burd, 2015; Orozco & Sánchez, 2017; Serrano et al., 2012). Es decir, proporcionar información relevante sobre los padecimientos constituye un instrumento valioso en el proceso de aprender a cuidarse y en pocas palabras, adherirse al tratamiento. Esta técnica también es empleada en diversos problemas de salud, como la esquizofrenia (Rummel, Pitschel, Bäuml, & Kissling, 2006), los problemas renales (Mohamed, 2014) y el síndrome de burnout, (Johnson & Naidoo, 2017).

En la mayoría de las investigaciones que utilizan esta técnica, se le emplea como herramienta única o como paso previo al tratamiento médico o junto a alguna otra estrategia de intervención —por ejemplo, la asertividad o algunas rutinas de ejercicio para diabéticos—. En el caso particular de este trabajo de investigación la información proporcionada (psicoeducación) se empleó en los cuatro grupos de sujetos en diferente orden, pero es en el grupo donde se presentó en primer lugar donde se pueden estimar los resultados más exitosos. ¿Cuál sería una posible explicación para este resultado?

Al analizar las características de los participantes, se puede observar que aproximadamente el 50% de ellos padece la enfermedad desde hace tres años y de este porcentaje, una mayoría (80%) la padece desde hace un mes, es decir, muy recientemente. Este breve periodo de padecer la enfermedad seguramente conlleva una mayor posibilidad de desconocer este padecimiento inexistente en su vida hasta el momento del diagnóstico. Así, consideramos que los participantes del Grupo 1 con poco tiempo de padecer la enfermedad, dado su mayor desconocimiento o

ignorancia de la misma concentraron más su atención, su participación y esfuerzo en modificar hábitos inadecuados.

Vale agregar que la información dentro de este ámbito de la salud pública es condición necesaria para generar modificación de comportamientos, cambios de hábitos, innovación de políticas públicas, entre otros. Poseer conocimientos sobre este u otros padecimientos representa una habilidad que puede entenderse como estar en posesión de distintos tipos de *saberes*, entre los cuales destacan saber qué y cómo se gesta la enfermedad, su control y formas de afrontarla. Esta técnica por sí sola (la información/psicoeducación) no genera cambios; la información como competencia teórica debe traducirse en prácticas cotidianas razonadas y no en mera repetición de contenidos. De ahí que, como la primera técnica del paquete, esta estrategia proporciona las condiciones disposicionales necesarias para que el resto de las técnicas tenga el impacto necesario.

Resulta interesante que el grupo que inició con Solución de Problemas no logró los resultados esperados: disminuir glucosa en sangre y algunas medidas antropométricas. Este resultado invita a seguir investigando, a seguir analizando no solo la secuencia de técnicas sino también qué otros aspectos, aparte del orden secuencial, pueden estar funcionando como aspectos a considerar.

No se pueden dejar de mencionar las limitaciones de este estudio. La investigación aplicada es un reto, pues en México hay que llevar a cabo múltiples trámites para lograr una colaboración con las instituciones de salud; resulta difícil captar muestras voluntarias, ajustarse a los espacios y tiempos que brindan las instituciones de salud y enfrentar una serie de obstáculos. En este caso, por ejemplo, hubo una gran deserción de participantes. No se les ofrecen incentivos y tienen que invertir tiempo, dinero y esfuerzo; con poca motivación o comprensión de lo que es su enfermedad. Eso afectó sin duda las mediciones de posttest de dos grupos, medición que no se pudo posponer por falta de apoyo institucional. A pesar de ello, los datos apuntan a nuevos temas de investigación.

Para futuras investigaciones sería importante replicar este estudio, analizar el papel que desempeñan las características de los sujetos participantes en los resultados del estudio, las características de cada grupo —recién formado, de amigos, de gente de la misma generación—, analizar el tamaño del efecto de cada técnica dentro de cada grupo, entre otros. No hay que perder de vista que la psicología tiene un papel muy importante en el campo de la salud y que las investigaciones aplicadas pueden incidir directamente en la mejora de las estrategias preventivas y de intervención en una gran cantidad de problemas de salud y, particularmente, en enfermedades crónico-degenerativas relacionadas con conductas específicas.

Referencias

Ahlqvist E., Storm E., Käräjämäki A., Martinell, M., Dorkhan M., Carlsson A., et al. (2018). Novel subgroups of adult-onset diabetes and their association with outcomes: a data-driven cluster analysis of six variables. *The Lancet: Diabetes & Endocrinology*, 6(5), 361-369.

- Alpizar, M. (2001). *Guía para el manejo integral del paciente diabético*. México: El Manual Moderno.
- Ayala, P., Calvo, C., Herrada, M., López, M., & Tezanos, R. (2002). Tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus. *Offarm*, 21, 120-124.
- Berrocal, C., Luciano, M.C., Zaldívar, F., & Esteve, R. (2003). Validez del modelo conductual en su explicación de problemáticas relacionadas con el peso corporal. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(2), 265-282.
- Campbell, D.T., & Stanley, J.C. (1977). *Diseños experimentales y cuasi experimentales en la investigación social*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Campesinos sin fronteras (s/f). *Manual de promotor (a) de salud comunitaria*. Recuperado de <https://www.azprc.arizona.edu/sites/default/files/documents/manual-de-la-promotora-spanish.pdf>
- Canga, N., De Irala, J., Vara, E., Duaso, J., Ferrer, A., & Martínez, M. (2000). Intervention study for smoking cessation in diabetes patients: a randomized controlled trial in both clinical and primary care settings. *Diabetes Care*, 23(10), 1355-1460.
- Domínguez, M.A., Schwarz, P.K., Fattore, F., & Burd, M. (2015). El video documental Aprendiendo a cuidar(se). De las experiencias de vivir con diabetes a un posible recurso de aprendizaje situado para profesionales de la salud. *Argumentos*, 17, 331-356.
- Geoffrey, G., Pickup, J., & William, G. (2002). *Diabetes. Aspectos difíciles y controvertidos*. España: Medicina STM Editores.
- Guimaraes, M., & Araújo, A.(2013). Grupo educativo con adolescentes diabéticos: un relato de experiencia. *Adolescencia & Salud*, 10(1), 56-62. Recuperado de http://adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=356&idioma=Espanhol
- Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2014). *Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención*. México: Autor.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2012). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT). Resultados nacionales 2012*. Recuperado de https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2012/doctos/otros/ENSANUT2012_Sint_Ejec-24oct.pdf
- International Diabetes Federation (IDF). (2017). *IDF Diabetes Atlas-8th Edition*. Recuperado de <http://www.diabetesatlas.org>
- Johnson, S.M., & Naidoo, A.V. (2017). A psychoeducational approach for prevention of burnout among teacher dealing with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Care*, 29(1), 73-78.
- Lahsen, R., & Reyes, S. (2009). Enfoque nutricional en la diabetes mellitus. *Revista Médica Clínica*, 20(5), 588-593.
- Lerman, I. (1994). *Atención integral del paciente diabético*. México: Nueva Editorial Interamericana.
- Mohamed, S.A. (2014). The effectiveness of an educational interventional on fatigue in hemodialysis patients: a randomized controlled trial. *Journal of Nursing and Health Science*, 3(4), 40-50.

- Novakofsky, K., & Karduck, J. (2005). Improvement in knowledge, social cognitive theory variables and movement through stages of change after a community-based in diabetes education program. *Journal of the American Dietetic Association, 105*(10), 1613-1616.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Adherencia a las terapias de largo plazo: Pruebas para la acción*. Ginebra: Autor.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016a). *Diez datos sobre la diabetes*. Recuperado de <http://www.who.int/features/factfiles/diabetes/es>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016b). *Informe mundial sobre la diabetes. Resumen de orientación*. Recuperado de <https://www.who.int/diabetes/global-report/es/>
- Orozco, B.D., Mata, C.M., Artola, S., Conthe, P., Mediavilla, J., & Miranda, C. (2016). Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. *Atención Primaria, 48*(6), 406-420.
- Orozco, G.A., & Sánchez, J.L. (2017). Análisis del contenido de una Guía de intervención psicológica y social para el manejo de la Diabetes Mellitus tipo dos. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología, 17*(1), 37-48.
- Ortiz, M., & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista Médica, 135*, 647-652.
- Quirós, M.D., & Villalobos, P.A. (2007). A comparison of related factors to an adherence treatment in type 2 diabetes mellitus between an urban and rural sample in Costa Rica. *Universitas Psychologica, 6*(3), 679-688.
- Rhee, M.K., Slocum, W., Ziemer, D.C., Culler, C.B., & El-Kebbi, I.M. (2005). Patient adherence improves glycemic control. *The Diabetes Educator, 31*(2), 240-250.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Riveros, A., Cortázar, J., Alcázar, L., & Sánchez-Sosa, J.J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 5*(3), 445-462.
- Rodríguez, M.L., Rentería, R.A., & García, R.J. (2013). Adherencia a la dieta en pacientes diabéticos: efectos de una intervención. *Suma Psicológica, 10*(1), 91-101.
- Rodríguez, M.L., Rentería, A., Rosales, A., & Rodríguez, N. (2014). Propuesta educativa para la salud del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Pensando Psicología, 10*(17), 103-112. <http://dx.doi.org/10.16925/pe.v10i17.791>
- Rummel, K.C., Pitschel, W.G., Bäuml, J., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia—results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin, 32*(4), 765-775.

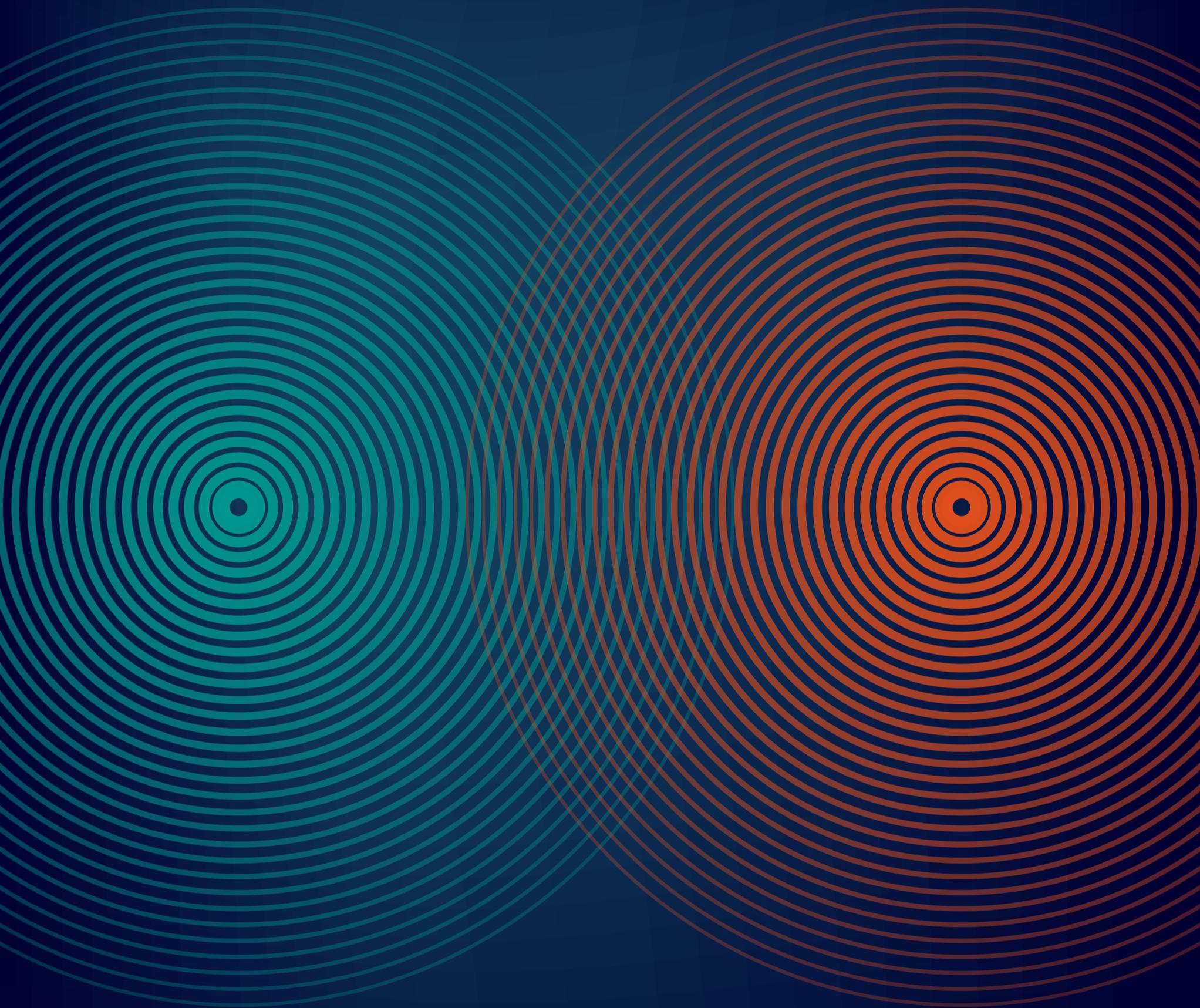
- Sánchez, M.E., Molina, C.E., & Gómez, O.O. (2016). Nursing interventions to reduce overload in caregivers. *Revista Cuidarte*, 7(1), 1171-1184.
- Sánchez, R.S., Velasco, F.L., Rodríguez, C.R., & Baranda, S.J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 58(6), 540-546.
- Serrano, E.D., Ramos, E.D., Sotelo, C.M., Bojórquez, D.C., Reynoso, L., & López, R.M. (2012). *Manual psicoeducativo de la diabetes. Desarrollando conductas saludables*. Ciudad Obregón, México: ITSON.
- Vázquez, M.J., Gómez, D.H., & Fernández, C.S. (2006). Diabetes Mellitus en población adulta del IMSS. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 44(1), 13-26.
- Vetere, G., & Rodríguez, B.R. (2009). *Psicoeducación en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 1 y trastornos de la conducta alimentaria*. I Congreso Internacional de Investigación práctica profesional en Psicología. XVI Jornadas de Investigación. Quinto encuentro de investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aire. Recuperado de <https://www.academica.org/000-020/198>
- Vijan, S., Stuart, N.S., Fitzgerald, J.T., Ronis, D.L., Hayward, R.A., Slater, S., et al. (2005). Barriers to following dietary recommendations in type 2 diabetes. *Diabetic Medicine*, 22(1), 32-38.

Nuevas tendencias en Psicología y Salud
Teoría, investigación y práctica profesional

Esta obra se terminó de producir en marzo de 2021.
Su edición y diseño estuvieron a cargo de:

Qartuppi[®]

Qartuppi, S. de R.L. de C.V.
<http://www.qartuppi.com>



Nuevas tendencias en psicología y salud recoge las aportaciones de un grupo de psicólogos con una amplia trayectoria en los quehaceres científico, académico y profesional, de países como España, Uruguay, Perú, Cuba y México.

En el libro se abordan temáticas de interés actual para los profesionales de la salud, así como para estudiantes de psicología, medicina, ciencias de la salud, enfermería y trabajo social, o eventualmente algún posgrado interdisciplinario en el ámbito de la salud que las intersecta.

ISBN 978-607-518-411-1

ISBN 978-607-8694-07-5

DOI 10.29410/QTP.21.07



"El saber de mis hijos
hará mi grandeza"

Qartuppi®