

Psicología y Salud. Calidoscopio de Prácticas Diversas

María Mucci* Deborah Benaim**

Resumen:

El trabajo fundamenta los desarrollos y objetivos de la Psicología de la Salud, como campo especializado de la ciencia psicológica. Se describen sus orígenes, definición y aportes conceptuales con respecto a los aspectos psicológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad. Se caracteriza la relación médico-paciente, la ubica con relación a la interdisciplinariedad y el trabajo en la institución hospitalaria. Analiza el rol del psicólogo y las intervenciones para promover y acrecentar la salud; prevenir; evaluar y tratar / rehabilitar trastornos específicos; analizar y mejorar el sistema y atención sanitaria; formar profesionales e investigar.

Palabras clave: psicología de la salud; interdisciplinariedad; proceso salud-enfermedad; psicólogo.

Summary:

Psychology and Health: Kaleidoscopic of Diverse Practices

The paper establishes the developments and aims of Health Psychology as a specialized field of the psychological science. Its origins and definition are described, as well as its conceptual contributions with regard to the psychological factors that mediate in the health – disease process. The physician – patient relation is characterized and it is located in relation to interdisciplinary and work in a hospital institution. It analyses the psychologist’s role and the interventions to promote and increase health; to prevent, assess and treat / rehabilitate specific disorders; analyze and improve the system and sanitarian attention; train professionals and research.

Key words: health psychology; interdisciplinary; health-disease process; psychologist.

* Licenciada en Psicología UBA. Profesora a cargo de la materia “Psicología, Salud y Enfermedades médicas”. Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo. mariamucci@ar.inter.net

** Licenciada en Psicología UP. Docente de la materia “Psicología, Salud y Enfermedades médicas”, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Palermo. deborahbenaim@hotmail.com

Introducción

En la niñez, se solía jugar con un aparato que, al girar entre las manos, producía formas siempre distintas, ilimitadas, coloridas, bellas, fascinantes y misteriosas. Ese aparato tiene el nombre de calidoscopio.¹ En él, se observan fragmentos de vidrios en combinaciones diferentes, con formas abiertas por las posibilidades infinitas de variación de la figura.

¿Por qué calidoscopio en Psicología y Salud? Porque muestra formas en las que si bien hay interferencias, ya que sus cristales no permanecen estáticos, permite ver diferentes prismas, otras perspectivas. Y de eso se trata cuando la psicología va al encuentro del proceso salud-enfermedad: de prácticas diversas, producto de corrientes que integran dimensiones bio-psico-socio-culturales y desde allí trasciende los supuestos básicos del modelo médico: la dualidad mente-cuerpo y el reduccionismo.

La ciencia psicológica provee aplicaciones prácticas al área de la salud y, su inclusión en ese campo, se relaciona con las transformaciones resultantes de sus desarrollos científico-investigativos y de la inserción del psicólogo en “territorio médico”. Es decir, conlleva la convergencia interdisciplinaria.

En esa convergencia se integran distintas ideologías, instituciones y organizaciones, diferentes profesiones, modelos de intervención, perspectivas diversas para observar una realidad. Por ende, se abren campos de acción novedosos e introducen cambios cuanti y cualitativos en las prácticas del psicólogo. La interacción da cuenta de una multiplicidad de procesos que superan la simplificación y constituyen un ensamble complejo, cambiante, dinámico y abierto.

Por largo tiempo la salud se abordó desde un modelo patogénico, centrado en el individuo y su estado físico, sin considerar los aspectos psicosociales que concurren sobre ella. Esa perspectiva negativa se modifica a lo largo del siglo XX, cuando comienza a vislumbrarse la concepción de salud como estado positivo, en 1948, con la definición de la OMS.

En la actualidad se acuerda que el nivel de salud supone cierto equilibrio entre el organismo biológico, el conjunto de factores psicológicos en interacción con factores medio-ambientales; estilos, calidad y condiciones de vida; sistema de salud, a su vez transversalizados por factores socio-económico-político-culturales, sistemas de creencias y costumbres. Por ello es necesaria una aproximación integral a las condiciones que contribuyen al bienestar individual y colectivo. En este sentido, la tendencia sanitaria actual se centra más en prevenir enfermedades, promover hábitos y estilos de vida saludables y educar para la salud.

Como disciplina la psicología encuentra sus contribuciones teóricas, campos de investigación e intervención y formas de incorporar al “hecho psicológico”, lo biológico

1. “Tubo ennegrecido interiormente, que encierra dos o tres espejos inclinados y en un extremo dos láminas de vidrio, entre las cuales hay varios objetos de figura irregular, cuyas imágenes se ven multiplicadas simétricamente al ir volcando el tubo, a la vez que se mira por el extremo opuesto”. (Diccionario de la Lengua española)

y lo sociocultural. Con ello procura abandonar los enfoques centrados en un individuo, característicos de la psicología clínica. Desde allí se integra al conjunto de las ciencias de la salud al aplicar un “saber hacer y un saber estar” ya que, paulatinamente, los conocimientos derivados de las investigaciones y experiencias, la necesidad de contextualizar las prácticas y el incremento de psicólogos involucrados en el área, determinan las condiciones para la institucionalización de la Psicología de la Salud.

El propósito de este trabajo es transmitir reflexiones sobre el lugar desde el que opera la Psicología de la Salud y hacia donde dirige sus objetivos. Para ello se comentarán sus orígenes y otros aportes tributarios; se analizarán las características del proceso salud-enfermedad. También se seleccionarán dimensiones y conceptos con relación a la complejidad de la interdisciplinariedad en el área hospitalaria y el servicio de salud mental. Se describirá el rol del psicólogo en territorio médico y, seguidamente se hará una revisión de las prácticas posibles que convoca la disciplina, para finalizar con reflexiones en torno a la interacción entre Psicología y Salud.

Sobre los orígenes de la Psicología de la Salud

Desde la década de los setenta los desarrollos de la Psicología de la Salud son notables. No es complejo corroborar en cuanto se amplía y diversifica el lugar y las funciones del psicólogo en el área. Tiene sus precedentes históricos en la confluencia multidimensional de diversos modelos que, de modo conciso, delimitamos a continuación.

En primer término, el modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977), que considera factores biológicos, psicológicos y sociales en la génesis y mantenimiento de las enfermedades en general. Entre sus aportes se destaca el pasaje de una medicina tradicional, centrada en el organismo y la enfermedad, a una medicina centrada en la persona. Desde ahí contribuye a la comprensión de las complejas interacciones entre persona y ambiente y el estado dinámico que dicha interacción provoca en el continuo salud-enfermedad. Es decir, el modelo propone un enfoque unificado.

Otros modelos tributarios son: la “psicología clínica” -centrada en la enfermedad-focaliza su quehacer en el individuo “mentalmente” enfermo. La “psicología médica”, que emplea los conocimientos psicológicos para analizar la relación mente-cuerpo en trastornos con manifestación somática y, desde la psiquiatría de enlace, la relación médico-paciente. La “medicina psicosomática”, aplica los desarrollos del paradigma psicoanalítico, a la etiología y patogénesis de las enfermedades orgánicas. Derivada de la psicología médica, la “medicina conductual”, privilegia las conductas aprendidas con relación al origen y manifestación de las enfermedades e investiga recursos para lograr cambios comportamentales en su tratamiento y prevención. La “psicología comunitaria” despliega su enfoque para atender los problemas de salud mental más que a la salud en general.

Los modelos enunciados se sitúan en los orígenes de la Psicología de la Salud que emerge como rama especializada, para ubicar las cuestiones de salud en los contextos en que las personas crecen, se desarrollan, maduran, viven y mueren. A su vez, remite

a diversos ejes: discursos, teorías, prácticas, intercambios, niveles asistenciales, referencias intra e interdisciplinarias. Cabe señalar que la denominación “de la salud” no alude solo a los aspectos positivos del proceso. Se trata de psicología aplicada a la salud, la enfermedad y sus derivados, la promoción y la prevención. (Morales Calatayud, 1999)

Es un ámbito de aplicación particular. Un modelo en progresiva construcción, un campo de conocimientos y prácticas relacionado con los factores biopsicosociales implicados en salud-enfermedad. Son sus objetivos conocer la interacción entre dichos factores y, desde allí diseñar, programar y evaluar estrategias de intervención para proteger, promover y acrecentar la salud. También prevenir, tratar y rehabilitar en el estado de enfermedad. Por ende, trasciende el conjunto de las enfermedades mentales y centra su enfoque en los ámbitos individual, familiar y social-comunitario, al tiempo que estudia los factores subjetivos que intervienen / interfieren en los ámbitos laborales.

Dicho de otra forma, la Psicología de la Salud no es una disciplina aislada. Constituye un campo integrado que reúne los aportes y perspectivas de diversos corpus teóricos, investigaciones y experiencias, para estudiar cómo los factores biológicos, psicológicos y sociales se ensamblan y afectan el estado de salud y el de enfermedad. Propone un modelo en el que las situaciones médicas presentan una etiología multifactorial y multidimensional, al tiempo que exigen nexos interdisciplinarios

Definición

Desde sus inicios la Psicología de la Salud es motivo de reflexiones y controversias referidas a la naturaleza, alcances y límites de su accionar y sobre su estatuto en ámbitos de la salud. Al referirnos a ella ingresamos en un campo que, a primera vista, parece libre de imprecisiones, sin embargo la bibliografía muestra una gama de definiciones, algunas contrapuestas, que dependen de la fuente consultada, con acuerdos en algunos puntos y discrepancias en otros. Al delimitarla conceptualmente J.F.Godoy (1999) releva ocho definiciones: desde la de Matarazzo en 1982 a la de Taylor en 1995. La revisión bibliográfica nos condujo a otra posterior:

“(…) rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud (...) estudia aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, (...) incluye acciones útiles para la promoción de la salud, 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.” Morales Calatayud (1999)

En palabras de M.A. Simón (1999) “(...) siendo concientes de la polémica que todavía permanece abierta en nuestro entorno respecto de la definición de Psicología de la Salud (...) entendemos (...) que se refiere a cualquier aspecto de la Psicología que tenga

que ver con la experiencia de la salud y la enfermedad, así como con el comportamiento que interviene en la determinación y explicación del estado de salud.”

A nuestro entender, la Psicología de la Salud se sitúa al modo del calidoscopio, articula diversificaciones en combinaciones particulares y dinámicas que se adecuan a situaciones, cultura organizacional en salud, contextos ecológicos en los que el especialista en salud mental ocupa un rol importante. ¿Cuál es la condición de posibilidad? ¿Qué cuestiones aborda? Si bien las preguntas son abiertas, una serie de teorías explicativas permiten diseñar programas, estrategias de intervención y recursos técnicos para planificar y promover la salud en general y en particular.

Aportes a la Psicología de la Salud

Desde el supuesto de “persona saludable”, es incumbencia de la Psicología de la Salud promover la salud y conductas que modifiquen la calidad de vida. Sin embargo, para cada uno de nosotros, adoptar y mantener conductas saludables depende de una constelación de factores en los que las variables intrapersonales interactúan con diversos contextos ecológicos y determinan aceptar o rechazar los comportamientos indicados como saludables.

En ese sentido, los modelos de creencias en salud explican la conducta saludable como la relación entre la amenaza percibida de la enfermedad, los beneficios de la conducta sugerida, la percepción de riesgos y los recursos para impulsar la disposición a actuar. (Rosenstock y Strecher, 1997)

Como señalan Montaña y cols. (1997) los factores cognitivos cumplen funciones importantes en las cuestiones salud-enfermedad. En tal sentido, la “teoría de la acción razonada” permite inferir que las personas procesan la información de modo racional y que, desplegar una conducta específica deriva -en parte- del sistema de creencias y posibilita evaluar positiva o negativamente las conductas referidas a la salud.

Por su parte, Rodríguez Marín (1995) señala que la “teoría de la acción social” destaca la importancia de los esquemas sociales impuestos desde el macrosistema, los transmitidos por la familia y por otros significativos. También enfatiza la necesidad de integración conceptual que considere los factores cognitivos y sociales junto con los modelos de aprendizaje entendidos como determinantes del estilo de vida saludable y las respuestas potenciales para analizar, funcionalmente, las conductas promotoras de salud.

Otro aporte lo brinda la Psiconeuroinmunología que, por una parte, proporciona un marco investigativo sólido sobre las respuestas orgánicas al estrés el que, p.ej. ante un proceso quirúrgico, modifica la homeostasis neuroendócrina, demora la reparación de tejidos y obstaculiza la cicatrización. (Kiecolt-Glaser, 2002) Por otra, la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, altera la respuesta inmunológica, predispone la aparición de una enfermedad al mediar -las variables psicológicas- deprimiendo o reforzando el sistema inmunológico. Por ende, las situaciones estresogénicas, sean de origen interno, externo o de ambos, afectan el sistema nervioso y conducen a una inhibición del sistema inmune.

Recientemente Martín Alfonso (2003) hace referencia a otra perspectiva tributaria, los “modelos salutogénicos”: “(...) sustentan la tendencia a la salud a partir de la elaboración de recursos personales que se convierten en inmunógenos psicológicos, permiten desarrollar estilos de vida minimizadores del estrés y el desarrollo de competencias para enfrentar de manera activa y positiva las situaciones de la vida, con inclusión de la propia enfermedad”. La autora incluye, además, los modelos de: optimismo; sentido de coherencia; resistencia personal y el constructo “resiliencia”. Cabe agregar que los modelos salutogénicos derivan de un área emergente de la psicología que proporciona una perspectiva centrada en las actitudes humanas positivas y reconoce los factores que contribuyen al bienestar subjetivo. (Cuadra L., Florenzano, U., 2003).

Del proceso salud-enfermedad

Al analizar nuestras intervenciones ante las enfermedades médicas partimos de un supuesto: el proceso salud-enfermedad recorre una “historia natural”. En ese proceso actúan múltiples factores tanto internos como externos, en permanente intercambio con el entorno. Ello implica partir del estado de salud y atravesar etapas. Dicho estado es terreno de la prevención primaria para promover la salud, morigerar factores de riesgo -reales o potenciales- que contribuyen a enfermar y enfatizar acciones orientadas hacia grupos de riesgo sobre las condiciones que afectan la salud. ¿De qué factores de riesgo se trata?

El término “riesgo”, deriva del catalán y significa peligro². El DRAE lo define como: contingencia o proximidad de un daño. La medicina lo categoriza en: a) factores del paciente: variables sociodemográficas, enfermedad de base, enfermedades asociadas, hábitos de vida, duración y gravedad de las situaciones; b) reversibilidad previa a los tratamientos; c) complicaciones como efecto de las terapéuticas instituidas.

Los factores de “riesgo” psicológico pueden categorizarse en individuales y psicosociales. Los individuales: 1) Constitucionales: genéticos, daño biológico perinatal, vulnerabilidad a la enfermedad física; 2) Rasgos de personalidad y tendencia a enfermar; 3) Variables emocionales que actúan como factores predisponentes p.ej. en la enfermedad coronaria: angustia, ansiedad, agresividad, hostilidad, ira, depresión. Asimismo afectan el sistema inmune y estimulan comportamientos no saludables tales como alcoholismo y tabaquismo; 4) Variables cognitivas: tríada cognitiva, percepción de riesgo, ideas irracionales, autoafirmaciones negativas sobre las enfermedades; 5) Acción del estrés, particularmente desde el modelo transaccional en el que el estrés surge de la interacción particular entre el sujeto y su contexto, el estilo de afrontamiento y las emociones; 6) Recursos de afrontamiento ante la enfermedad como estresor; 7) Variables comportamentales, relacionadas con hábitos higiénicos y dietéticos; 8) Modalidad de resolución de crisis vitales y accidentales.

A su vez, los psicosociales: 1) sistema de creencias y valores individuales, familiares y socioculturales; 2) deprivación sociocultural, necesidades básicas insatisfechas,

2. Probablemente originado en el castellano “*risco*”: peñasco escarpado, por el peligro que corre el que transita por estos lugares o el navegante que se acerca a un escollo.

pobreza, desocupación; 3) capacidad de competencia; 4) redes de apoyo familiar y social; 5) representación social de las enfermedades.

En resumen, el riesgo es variable. Por una parte, según la singularidad de la persona; por otra conforme a los órganos, aparatos, sistemas involucrados en la enfermedad.

Retomando la travesía de la “historia natural de una enfermedad”, la primer etapa denominada prepatogénica generalmente es asintomática. En ella la interacción entre la persona, el agente patógeno y el ambiente posibilitan y fomentan estímulos con efectos sobre la salud. En esta etapa la prevención secundaria posibilita la detección precoz y el tratamiento para limitar el daño. Cuando los síntomas se manifiestan pasan a ser expresión de malestar y desequilibrio e inician el período patogénico. ¿Qué factores la desencadenan? p.ej. atravesar una crisis que funciona como señal de alarma a través de síntomas como el dolor. El momento en que cada persona busca asistencia médica es variable, en él, la enfermedad está declarada y la persona asume el rol de enfermo.

Con relación al “rol de enfermo” es importante tener en cuenta el cambio en la posición subjetiva del pasaje de persona sana a persona portadora de una enfermedad. Lolas Stepke, (1997) comenta que se construyeron “complejos semánticos” (desarrollados en países anglosajones) a los que describe como tres ejes de significación y efectos, los términos: illness, disease y sickness.

“Illness”, alude al sujeto que denuncia “sentirse” enfermo y se refiere a la “sensación subjetiva de malestar”. “Disease” significa “tener” una enfermedad como entidad médica (nosológica), es decir, “estar enfermo”. Se infiere a través de recursos diagnósticos, perspectiva que presupone una concepción objetiva, identificable. “Sickness” remite al modo en que una cultura asigna atributos a una enfermedad; a cómo reconoce una enfermedad y a las personas como enfermos. Las enfermedades, dice Lolas Stepke, transcurren a la par de los niveles descriptos, con efectos diversos.

Desde el diagnóstico, el curso clínico de una enfermedad médica es objeto de la prevención terciaria, situada en posición de reducir eventuales complicaciones y acrecentar los recursos para la rehabilitación. Ante ciertas enfermedades (oncológicas, SIDA) la evolución del proceso es abierta conduce a recuperar la salud, a la progresión de la enfermedad, la cronicidad, la incapacidad y/o el límite de vida.

En síntesis, como señala Martín Alfonso (2003): “todas las enfermedades poseen un conjunto de atributos formados a partir de las interacciones sociales que contienen juicios sobre la relevancia de los síntomas, la frecuencia de aparición, la visibilidad, el carácter amenazante, y la reversibilidad”. Aun así, cabe señalar que lo general no es idéntico a lo singular. Cada persona responde a la percepción de los síntomas y al proceso de enfermar desde su subjetividad, su historia y los contextos que lo involucran. Por ello, prevenir, diagnosticar, asistir, rehabilitar constituye un proceso cuya finalidad es promover cambios, entre los múltiples matices que muestra el calidoscopio.

Ahora bien, salud-enfermedad no constituyen estados absolutos. La salud implica un ajuste equilibrado entre el organismo y el ambiente. Dejamos abierta la pregunta ¿Podríamos referirnos a una “historia natural de la salud”?

Sobre la relación médico-paciente

También nos preguntamos si las enfermedades orgánicas son exclusivo dominio de la medicina. Reales o potenciales, todos fuimos, somos o seremos pacientes, en algún momento de nuestras vidas. Ello implica que la asistencia clínico-preventiva “psi” debe situarse desde una posición ética, el respeto y la comunicación.

Una relación médico-paciente humanizada exige un diálogo en el que, el proceso de comunicar e informar, sea fluido y bidireccional, para que el enfermo exprese interrogantes, preocupaciones y dudas, conozca fehacientemente qué lo aqueja y cómo actuar para resolverlo. Así el paciente se apropia y protagoniza la situación.

Es evidente que un diálogo bidireccional facilita la comprensión profunda del padecimiento y su significado, también el cumplimiento de las prescripciones médicas. Desde la perspectiva del paciente, con una información adecuada y suficiente acorde a sus derechos y necesidades, asumir un rol activo. Desde la perspectiva médica destacamos la importancia de la palabra al evitar la “jerga técnica”, escuchar y esclarecer las dudas del enfermo. Así el “acto de informar” se transforma en un “acto de comunicación”.

Los pacientes al conocer sus derechos, los deberes del equipo de salud y el propio compromiso con la situación, participan activamente en su propia asistencia y en la adherencia al tratamiento. Por ello, al tratarse de un derecho del enfermo, participar y comprometerse en la toma de decisiones médicas no debería interpretarse, desde la medicina, como una intrusión.

Por así decir, una relación profesional-paciente debe basarse en la consideración por el otro ya que, al decir de Lucien Israel (1969) “se trata del encuentro de dos subjetividades, lo que puede asimismo significar, dos culturas, dos morales, dos prejuicios, dos frustraciones”. En tal sentido, la relación constituye un “acto médico” en sí, por ende tiene efectos terapéuticos, a los que Balint llamara “la medicina-médico”.

Estimamos que dichos efectos están con relación a la denominada “adherencia al tratamiento” entendida como el grado de cumplimiento del enfermo con las terapéuticas instituidas, p.ej. ante un tratamiento antirretroviral.

¿Qué factores actúan para cumplir la adherencia? Según Martín Alfonso (2003) se configuran variables que modulan la adherencia y categoriza cuatro grupos: 1) Naturaleza de la enfermedad; 2) Tipo de régimen terapéutico; 3) Relación médico-paciente; 4) Variables biopsicosociales del enfermo. A ellos se agrega la motivación y las redes de apoyo con que cuenta.

La complejidad de la interdisciplinariedad

Desde un modelo biopsicosocial difícilmente se aborde la salud desde otra perspectiva que no sea interdisciplinaria. Su funcionamiento abarca la relación entre distintas disciplinas, también una perspectiva de trabajo “interparadigmático”, en el que las ciencias de la salud rescatan la experiencia de los procesos de construcción y deconstrucción de lo cotidiano, donde se pone en juego la salud y se enfrenta la enfermedad.

Según Bottomore (1982) la interdisciplinariedad implica “el encuentro y la cooperación entre dos o más disciplinas, aportando cada una de ellas (...) sus propios esquemas conceptuales, su forma de definir los problemas y sus métodos de investigación”. Por así decir, remite a un modelo de trabajo, una metodología, un modo de aplicar conocimientos y estrategias de intervención. Se trata de una puesta en común, otra forma de conocer, analizar y abordar un fenómeno, problemática o proceso determinado, que no se resuelve según los cánones arraigados en las instituciones. No es una sumatoria de saberes, ni la aglutinación de actos de un grupo. Supone apertura recíproca y comunicación en la que no tienen lugar los absolutismos ni los mandatos, tampoco los reduccionismos. Es a través de ella que dialogan disciplinas que parecían no tener temas en común. Esto de por sí justifica la interdisciplina, la que se fundamenta y lleva a cabo desde un paradigma superador que integre los aportes de diferentes discursos que, en su ensamble, aborde la complejidad del proceso. De allí también la necesidad de pensar en términos de trabajo en equipo.

Sin embargo, el trabajo en equipo no necesariamente es interdisciplinario. ¿Podría caracterizarse de multidisciplinario? Así cada disciplina contribuye desde su formación a la resolución de un problema, sin que, por actuar junto con otras disciplinas, se promuevan cambios. Se trataría más de una co-acción que de una co-construcción. La multidisciplinariedad no construye un código común, aún cuando procure que cada profesión trasmita el de su disciplina y entienda el procedente de cada disciplina interviniente.

Tizón García (1992) diferencia tres formas de interdisciplinariedad en salud mental:

1. Como trabajo conjunto, en un mismo dispositivo, de profesionales que actúan al modo tradicional en desmedro de la eficacia, en el sentido de lograr objetivos.
2. Se basa en la “difusión-confusión” de roles profesionales. El obstáculo es el escaso aprovechamiento de los conocimientos, habilidades y capacidades de cada profesión.
3. Como “reciclaje” de roles profesionales acorde a las necesidades y favorecer el intercambio. Es la forma que estimula la interdisciplinariedad y trasciende los equipos.

Las prácticas autónomas, inconexas, son insuficientes para entender y afrontar la complejidad de las demandas asistenciales. (Tizón García, 1992) Por ende, el trabajo interdisciplinario aparece como necesidad y forma organizada de dar respuestas coherentes y coordinadas a esas demandas para crear dispositivos de intervención. Ello supone un trabajo en red que no necesariamente pertenezca a la misma estructura organizacional.

Cabe sintetizar el trabajo interdisciplinario en los siguientes aspectos:

- Es efecto de los desarrollos científicos.
- Se construye en la convergencia de conocimientos
- No demanda un mismo equipo o institución.
- Respeta los límites del saber propio y los campos de conocimiento de los demás.
- Interactúa sobre una realidad determinada desde la idea que una sola disciplina es insuficiente para abordarla.

La convergencia interdisciplinaria organiza un campo en que el objetivo común y el trabajo compartido tienen el sentido de compromiso y participación. Sin embargo, antes de abordar el trabajo interdisciplinario en Salud mental, es necesario conocer la realidad asistencial que sobredetermina la forma de realizar la tarea.

Organización hospitalaria y salud mental

El hospital es una institución compleja con una cultura organizacional propia, que centra sus objetivos en el cuidado integral de la salud. Es decir, sus propósitos, actividades, estructura jerárquica y burocrática está integrada por múltiples profesiones. En él, la asistencia en salud mental recorre una historia en la que la denominación da cuenta del modelo hegemónico en que se sitúa: desde Servicio de Psiquiatría, al de Psicopatología y Salud mental, hasta el nombre actual de servicio de Salud mental.

Para enumerar sus funciones estimamos pertinente incluir la definición de salud mental elaborada por la Organización Panamericana de la Salud (Washington, 2001): “el núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social. Es un factor clave para la inclusión social y plena participación en la comunidad y en la economía (...) es mucho más que la mera ausencia de enfermedades mentales, es una parte indivisible de la salud y la base del bienestar y el funcionamiento eficaz de las personas. Se refiere a la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a la crisis, establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida”.

A nuestro entender, las funciones de un servicio de salud mental contemplan:

1. Evaluar, diagnosticar y asistir a consultantes, pacientes, familiares.
2. Intervenir en el ámbito individual, familiar, grupal, profesional e institucional.
3. Actuar como asesor-consultor de los equipos y la institución.
4. Auspiciar la salud mental del equipo de salud.
5. Converger interdisciplinariamente en los servicios de salud.
6. Contribuir a la satisfacción de la población con los servicios recibidos.
7. Desarrollar actividades docentes e investigativas.

Dichas funciones ¿Tienen un denominador común? Sí. La singularidad de cada acto, momento, eslabón del proceso asistencial e integrar los vínculos interpersonales intervinientes p.ej. si un médico debe informar un diagnóstico, o explicar un tratamiento o procedimiento, o remitir al enfermo a otro especialista; cuando los profesionales interconsultan para tomar una decisión; si un servicio debe resolver cómo abordar un problema, p.ej. en el caso del consentimiento informado o el consentimiento sustitutorio.

¿Qué garantiza la coherencia en este campo? Trabajar en equipo al incorporar el potencial que implican vínculos formales e informales; cohesión grupal para desarrollar la labor que no podría realizarse en forma aislada e individual.

Del psicólogo en territorio médico

La inserción del psicólogo en las organizaciones hospitalarias también recorre un proceso histórico jalonado por acercamientos y alejamientos, acuerdos y polémicas, ganancias y pérdidas, encierros y aperturas. Quienes trabajamos en ellas conocemos y vivenciamos ese devenir y destinamos tiempo para “marcar” nuestro territorio e instituir nuestro accionar. En ese sentido, “visitamos” espacios patrimonio de la medicina. En esa interacción la psicología asiste, media, favorece -junto a otras disciplinas- a la humanización de la práctica médica. Importa señalar que se constituye así, una red de servicios técnicamente integrados con énfasis en todos los niveles de asistencia y prevención.

En servicios de salud, trabajar con médicos y profesionales afines permite aumentar estrategias de intervención. Ahora bien, la formación de equipos en instituciones de salud es un proceso complejo. Por un lado, actúa la “resistencia” de otros profesionales al desconocer el rol del especialista en salud mental. Por otro, comprende una modalidad de intervención que se distancia de los parámetros tradicionales, tanto en psicología como en medicina.

¿Cómo contribuir al cambio? Ante todo, al transmitir por qué actuamos con mayor o menor “distancia” profesional. Por ende, al definir nuestro rol en salud, partimos de “lo que no debería ser”, esto es el conflicto que provoca atribuirnos funciones imaginarias, desde un perfil profesional distorsionado. ¿De qué funciones se trata? Algunos ejemplos:

- a) Actuar como Hermes - mensajero de los dioses del Olimpo- para transmitir “malas noticias”.
- b) Funcionar, al decir de Ginette Raimbault, como “el tacho de los desperdicios”, al derivar enfermos “(...) que no tienen algo orgánico o de esperanza que la medicina pueda modificar y curar, para concluir que su problema es nervioso”. En otras palabras, reducir la enfermedad a lo psicológico.
- c) Ante una situación conflictiva para calmar los ánimos, controlar pacientes querellantes o familias molestas: cumplir funciones de “bombero”.

Esas funciones y algunas otras son aparentes y se producen en el marco tradicional de la interconsulta, la que supone responder a un pedido que implica, al menos, dos niveles de intervención: el paciente y el equipo médico.

¿Cuál es nuestro rol? Situar nuestras incumbencias y garantizar una asistencia integral, entendida como el conjunto de acciones necesarias para atender problemas de salud. Ello exige profesionales con una perspectiva ecológica en el sentido de la estructura conceptual propuesta por Urie Bronfenbrenner (1979) que muestra que la persona y su medio integran sistemas en red cuyas influencias están en interacción directa e indirecta. Al decir de Michael Balint (1986) “para que se pueda apreciar la presencia de fenómenos psicosociales se necesitan conocimientos y disponibilidad para captarlos.”

Lenfant (1998) plantea que los cambios eficaces sobre los comportamientos individuales y psicosociales, pueden “potencialmente” reducir el riesgo de enfermar, aliviar la presión de la enfermedad sobre la persona y promover la recuperación. Ello demanda no solo formación teórica, convoca aptitudes, habilidades y conocer los

aspectos objetivos y subjetivos de las enfermedades médicas; intervenir en el contexto de la relación médico-paciente-familia-institución-comunidad; desarrollar destrezas preventivas e identificar –precozmente- factores de riesgo; aptitudes terapéuticas para incrementar la eficacia de la intervención; capacidad para gestionar recursos del sistema de salud y la comunidad; favorecer las redes de apoyo.

Para ello, el psicólogo evalúa y selecciona recursos adecuados a la situación, a través de: 1) análisis cognitivo-comportamental; 2) observaciones comportamentales; 3) métodos psicofisiológicos; 4) cuestionarios estandarizados, entre muchos otros.

Según Mars (2002) el perfil del psicólogo de la salud debe orientarse hacia:

- Planificar estrategias de modificación de conductas o síntomas relacionados entre sí que actúen como obstáculo.
- Investigar aspectos que favorezcan o dificulten la adherencia y el cumplimiento de las prescripciones médicas.
- Asesorar sobre la importancia de la comunicología en la relación con el paciente; minimizar el impacto de la hospitalización y conocer las problemáticas emocionales, cognitivas y conductuales del enfermo.
- Prevenir enfermedades al potenciar medidas psicosociológicas o modificar estilos de vida.

Sabemos que, ante las enfermedades médicas, los correlatos psicológicos deben considerarse en sus particularidades por el equipo de salud. Abordar dichos correlatos implica diseñar y aplicar dispositivos de intervención según la patología orgánica, cuyo objetivo no solo será curar sino proporcionar una calidad de vida mejor a la persona en sus circunstancias reales.

Nuestra labor en salud, se orienta tanto hacia intervenciones clínicas como a estrategias preventivas. Entre las áreas de mayor desarrollo, consideramos la especificidad en servicios de: Cardiología, Cirugía, Clínica médica, Cuidados paliativos, Dermatología, Hematología, Hemodiálisis, Oncología, Reumatología, Trasplantología, Urgencias y emergencias, Unidades de Cuidados intensivos y coronarios, por mencionar algunos.

Además, desde la perspectiva preventiva, la preparación e intervención para procedimientos de alta complejidad e invasivos; en tratamientos aversivos (quimioterapia, radioterapia); en trastornos del sueño; a portadores de enfermedades crónicas (renales, diabetes, reumáticas); tratamiento del dolor crónico; de afecciones respiratorias como el asma; tratamiento de las cefaleas; intervención en enfermedades del intestino; en portadores VIH y SIDA; en adicciones, tabaquismo y alcoholismo. El trabajo con familias en general y con el cuidado de los cuidadores en particular; con otros grupos profesionales para prevenir el Burn-out y el mobbing. Es decir, en todas las áreas desarrolladas y en vías de desarrollo en la institución.

Sintetizando, el papel del psicólogo en este campo debe atender a la evaluación y asistencia: preventiva, clínica, intervención en crisis; ante enfermedades médicas agudas y crónicas; intervención psicosocial; orientada al nivel individual, vincular, familiar, comunitario, del equipo de salud.

Sobre las aplicaciones de la psicología a la salud

¿Es posible integrar en Psicología y Salud? A nuestro entender, se trata de promover una “oferta” psicológica desde observables emergentes que trascienda dispositivos clásicos como la interconsulta. La “oferta” se perfila desde el contacto, el encuentro, el intercambio, la apertura. La integración interdisciplinaria modifica la perspectiva de asistencia psicológica a quienes padecen enfermedades médicas, ya que proporciona un soporte elaborativo para afrontar los síntomas psicológicos que desencadena el impacto del proceso, la hospitalización y los actos médicos.

En síntesis, categorizamos este campo de experiencias como la construcción de un dispositivo superador para situar el rol “psi” en territorio médico, actuar desde la prevención y recorrer un espectro de prácticas diversas. Al decir de M.A. Simón (1999) “(...) la Psicología de la Salud no surge sin más como resultado de esta demanda. Dicho en otros términos, existía una demanda, pero, la cuestión que ahora nos podríamos preguntar es cual era la oferta de la Psicología para satisfacerla.”

Desde la oferta, para Godoy (1999) las principales respuestas deben promover y acrecentar la salud; prevenir; evaluar y tratar / rehabilitar trastornos específicos; analizar y mejorar el sistema y atención sanitaria; formar profesionales e investigar.

Reflexiones finales

Desde la década de los setenta la interacción entre Psicología y Salud, se despliega, modifica y crece en forma constante. Sus desarrollos, tanto desde la perspectiva científica como desde el punto de vista de la práctica del psicólogo, representan un gran avance para entender y atender los procesos que involucran el continuo salud-enfermedad. Ello permite que el profesional de la psicología, preferentemente formado en psicología clínica, expanda sus estrategias de intervención y recursos técnicos al campo de las enfermedades médicas, privilegiando una visión integral del enfermar.

En otras palabras, el rol del especialista en salud mental no queda acotado a la clínica psicológica. Se extiende a la promoción y prevención de la salud en general y trasciende lo estrictamente psicopatológico.

Para lograr los objetivos generales y específicos en Psicología y Salud, es imprescindible convocar a distintas disciplinas ya que, por la complejidad de los fenómenos que atraviesan el proceso salud-enfermedad, una sola perspectiva no basta. Así tanto la psicología como la medicina conviven, comparten espacios desde sus discursos. Ello hace a la evolución profesional y brinda, con el tiempo, la posibilidad de escucharnos mutuamente, desde el respeto por las diferencias.

La visión interdisciplinaria es un camino cuyo destino no debería ser una utopía. ¿Podemos responder a esa visión? ¿O lo haremos desde el narcisismo profesional? En este desafío ya estamos implicados.

Referencias bibliográficas

- Balint, M. (1986). *El médico, el paciente y la enfermedad*. Buenos Aires: Libros básicos.
- Baum, A. (1997). *Cambridge handbook of psychology, health and medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bottomore, T. (1989). Introducción, en L. Apostel, *interdisciplinarietà y ciencias humanas*. Madrid: Tecnos/UNESCO.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Caplan, G. (1966). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Cuadra L., H., Florenzano U., R. (2003). El bienestar subjetivo: Hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, XII (1): 83-96.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, *Science*, 196: 129-136.
- Godoy, J.F. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual, en M.A. Simón, *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Israel, L. (1969). *La decisión médica. Sobre el arte de la medicina*. Buenos Aires: Emecé.
- Lenfant, C. (1998). Task force on behavioural research in cardiovascular lung, and blood health and disease, *Circulation*, 98: 281-286.
- Lolas Stepke, F. (1997). *Mas allá del cuerpo*. Santiago de Chile: Andrés Bello.
- López-Mato, A.M. (2002). *Psiconeuroinmunoendocrinología. Aspectos Epistemológicos, Clínicos y Terapéuticos*, Buenos Aires: Pólemos.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, M., Robles, T.F., Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health, *Journal of consulting and clinical psychology*, 70 (3): 537-547.
- Mars Llopis, V. (2002). Aportaciones de las intervenciones y tratamientos psicológicos a la psicopatología y la medicina comportamental. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com>
- Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de Salud Pública* 29 (3): 275-281.

Montaño, D., Kasprzk, D., Taplin, S. (1997). The theory of reasoned action and the theory of planned behaviour, en I. Rosenstock, V. Strecher, *Health behaviour and health education*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Morales Calatayud, G. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.

Mucci, M. (2004). *Psicoprofilaxis quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria*. Buenos Aires: Paidós.

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J.R., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.

Raimbault, G. (1985). *El psicoanálisis y las fronteras de la medicina*. Barcelona: Ariel.

Remor, R., Arranz, S., Ulla, S. (2003). *El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Bilbao: DDB.

Rodríguez Marín, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.

Rodríguez Marín, J., Zurriaga Llorens, R. (1997). *Estrés, enfermedad y hospitalización*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.

Simón, M.A. (1999). *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Tizón García, J.L. (1988). *Componentes Psicológicos de la Práctica Médica*. Barcelona: DOYMA.

Tizón García, J.L. (1992). *Atención primaria en salud mental y salud mental en atención primaria*. Barcelona: DOYMA.

