

Escritos Psicológicos
Psicología y Salud

Generalidades de psicología y salud

Piedad Liliana López Bustamante
Martín Alberto Velarde Borjas



Universidad
Pontificia
Bolivariana

Piedad Liliana López Bustamante

Psicóloga, Especialista en Psicología Clínica, Magíster en
Psicología, Doctora en Psicología y Especialista en Psicopatología

Martín Alberto Velarde Borjas

Psicólogo, Especialista en Psicología Clínica y Salud Mental,
Magíster en Docencia para la Educación Superior.

La correspondencia puede dirigirse a la siguiente dirección
electrónica: piedad.lopez@upb.edu.co.

Para citar: López, P.L. & Velarde, M. (2021). *Generalidades de
psicología y salud*. Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

Escritos Psicológicos
Psicología y Salud

Generalidades de psicología y salud

Piedad Liliana López Bustamante
Martín Alberto Velarde Borjas



158.9
L864

López Bustamante, Piedad Lilibiana, autor
Generalidades de psicología y salud / Piedad Lilibiana López
Bustamante, Martín Alberto Velarde Borjas – 1 edición -- Medellín :
Universidad Pontificia Bolivariana, 2021.
60 páginas, 17 x 24 cm. (Colección Escritos Psicológicos; Volúmen 1)
ISBN: 978-958-764-931-4 (versión digital)

1. Psicología de la salud 2. Psicólogos de la salud – 3. Salud y
enfermedad -- I. Velarde Borjas, Martín Alberto, autor – II. Título
(Serie)

CO-MdUPB / spa / rda
SCDD 21 / Cutter-Sanborn

© Piedad Lilibiana López Bustamante
© Martín Alberto Velarde Borjas
© Editorial Universidad Pontificia Bolivariana
Vigilada Mineducación

Generalidades de psicología y salud

ISBN: 978-958-764-931-4 (versión digital)

Primera edición, 2021

Escuela de Ciencias Sociales

Facultad de Psicología

Grupo: GIP

Gran Canciller UPB y Arzobispo de Medellín: Mons. Ricardo Tobón Restrepo

Rector General: Pbro. Julio Jairo Ceballos Sepúlveda

Vicerrector Académico: Álvaro Gómez Fernández

Decano Escuela de Ciencias Sociales: Ramón Arturo Maya Gualdrón

Editor: Juan Carlos Rodas Montoya

Gestora Editorial de la Escuela: Dora Luz Muñoz Rincón

Coordinación de Producción: Ana Milena Gómez Correa

Diagramación: Transparencia duo

Corrección de Estilo: Editorial UPB

Ilustración portada: Shutterstock 365160290

Dirección Editorial:

Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2021

Correo electrónico: editorial@upb.edu.co

www.upb.edu.co

Telefax: (57)(4) 354 4565

A.A. 56006 - Medellín - Colombia

Radicado: 2064-26-02-21

Prohibida la reproducción total o parcial, en cualquier medio o para cualquier propósito
sin la autorización escrita de la Editorial Universidad Pontificia Bolivariana.

Tabla de contenido

Introducción	7
Capítulo I	
La salud y la enfermedad	11
Capítulo II	
Psicología y salud	19
Capítulo III	
El psicólogo de la salud en el marco legal colombiano	41
Capítulo IV	
El psicólogo en el ámbito de la salud	
¿Cómo está pensado el psicólogo en la salud?	47
Referencias	53

Introducción

Los temas que se analizan en este texto facilitan a los profesionales de la salud y a estudiantes de ciencias médicas y sociales conocer sobre la psicología y la salud como estrategia didáctica de profundización, con el propósito de trascender la visión del ser humano a una concepción integral, con el fin de lograr un acompañamiento en la diada salud- enfermedad.

Se inicia con una revisión histórica y teórica de la salud para comprender cómo la salud y la enfermedad, a través del tiempo y del espacio, implican las dimensiones física, mental y social para dar paso al tema de la psicología de la salud, los modelos y teorías para finalizar con la relación entre psicología y salud. Se asume que, más allá de la interdisciplinariedad, se requiere de una postura transdisciplinaria que permita entender la persona, su relación consigo misma y con el entorno.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018), en el año 2016, el 71% de las muertes en todo el mundo ocurrió por enfermedades no transmisibles (41 millones de muertes de un total de 57 millones), entre las que se encuentran 44% con problemas cardiovasculares (17.9 millones); cáncer 22% (9 millones); enfermedad crónica respiratoria 9% (3.8 millones) y diabetes 4% (1.6 millones). En países en vías de desarrollo y no desarrollados el riesgo es aún mayor (21% y 23%, respectivamente) y es casi el doble de riesgo si se compara con países desarrollados (12%).

Estas enfermedades no transmisibles (ENT) tienen cuatro factores de riesgo en común: el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una alimentación poco saludable y la inactividad física; factores que, a su vez, producen cambios metabólicos o fisiológicos como la hipertensión, el sobrepeso o la obesidad, la hiperglucemia y el aumento del colesterol (OPS, 2017).

En Latinoamérica estas ENT causan 4,8 millones de muertes por año, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2016) y más de un tercio de ellas son defunciones prematuras antes de tener 70 años, datos que coinciden con la OMS en tanto cientos de millones de personas, que viven con ENT, requieren atención a largo plazo, por la ocurrencia a edades más tempranas en los países con bajos y medianos ingresos que en los países con altos ingresos. En América Latina y el Caribe las personas menores de 60 años viven sus años más saludables y productivos. Sin embargo, las que sufren de estas enfermedades se enfrentan a años de discapacidad que afectan a sus familias y a la economía del país. (Population Reference Bureau, 2013).

En Colombia, desde 1995, las ENT han sido las principales causas de muerte, tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, metabólicas y neurodegenerativas; las cardiovasculares y la diabetes son las de mayor prevalencia y ocasionan cerca de 64 mil defunciones (32%), de las que, una tercera parte, ocurrió en personas entre los 20 y los 59 años. Se resalta que los hábitos alimenticios, consumo de alcohol y tabaco, son los principales factores de riesgo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

En 2016 el 91% de la población mundial no respiró aire limpio y más de la mitad de la población mundial estuvo expuesta a niveles de contaminación aérea en espacios abiertos, 2.5 veces por encima del estándar expuesto por la OMS, lo que causa siete millones de muertes en todo el mundo, es decir, uno de cada ocho muertes se presenta por problemas asociados con la contaminación aérea. Igualmente, se destaca un incremento de 10 veces de incidencia en obesidad en las últimas cuatro décadas, es decir, de 11 millones de jóvenes en 1975 se ha aumentado a 124 millones en 2016. Además, 213 millones de niños y adolescentes tienen sobrepeso y no entran en la categoría de obesidad, con una proporción de uno de cada cinco (OMS, 2018).

En edades entre 30 y 70 años, el riesgo de morir ha disminuido de 22%, en el año 2000, a 18% en el 2016 (OMS, 2016), lo que puede percibirse como un avance en la implementación de políticas públicas, sin dejar de lado los continuos esfuerzos con acciones orientadas a reducir factores de riesgo como uso y abuso de tabaco, alcohol y otras sustancias, ingesta de comida no saludable y sedentarismo que inciden directamente en el diagnóstico de ENT, por lo que las políticas que se han de implementar deben estar orientadas hacia la promoción de conductas saludables y la prevención de los factores ya mencionados. Esto es posible cuando se hace alianza con profesionales expertos en la intervención de variables psicológicas determinantes en salud para que los individuos tomen conciencia del cuidado y preservación de propia salud, con el ánimo de prevenir enfermedades, promover recuperación o rehabilitaciones exitosas y evitar recaídas hasta lograr estilos de vida saludables.

Es oportuno resaltar que de los retos que la OMS proyecta para el año 2030, se encuentra la inclusión de personal capacitado y calificado distribuido de manera equitativa y accesible a la población, debido a que en los reportes brindados entre 2007 y 2016, 76 países reportaron tener menos de un médico por cada mil habitantes y tres enfermeras y parteras por cada 1.000 habitantes. Igualmente, más allá de poder tener un personal de salud accesible, el sistema debe contar con medicinas esenciales de calidad asegurada, disponibles en todo momento y administradas de manera correcta (OMS, 2018).

Ante la problemática planteada, las sociedades han tomado conciencia de la relevancia de la preservación de la salud como una condición que hace parte del bienestar individual y colectivo del ser humano, puesto que la participación en salud es un derecho y un deber del individuo, lo que hace necesario un trabajo interdisciplinario que incluya la participación de un psicólogo especialista en salud.

Hablar sobre psicología y salud implica tomar como referente las políticas y concepciones que históricamente ha asumido la OMS a partir de las cumbres realizadas con la participación de distintos países, cada uno de los cuales implementa sus propias estrategias, para procurar una cultura de la salud y un desarrollo integral del ser humano. Uno de esos referentes es la política de «Salud para

todos en el siglo XXI», aprobada por la comunidad mundial en mayo de 1998, cuyo objetivo es aplicar la perspectiva de salud para todos, que es un concepto surgido en la Asamblea mundial de la salud de 1977 y que fue lanzado como movimiento global en la Conferencia de Alma-Ata de 1978.

De acuerdo con las tendencias mundiales, se enfatiza en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dado que ayuda al profesional de la salud a reconocer que el individuo tiene la posibilidad de identificar factores de riesgo y tener conciencia de sus hábitos de vida, el autocuidado, el conocimiento sobre los determinantes de algunas enfermedades, una actitud favorable sobre los factores protectores y unas prácticas positivas.

Capítulo I

La salud y la enfermedad

El concepto de salud

El concepto de salud proviene del latín *salus-utis* o del anglosajón *whole* (todo), *hole* (fuerte) y *holy* (sagrado), es un estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones, una condición física de un organismo en un momento determinado (Real Academia Española RAE, 2011). A lo largo del tiempo la salud se ha relacionado con ausencia de enfermedad; sin embargo, la OMS, (1974), propuso que es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades. Esta definición no explica un elemento fundamental: el bienestar del individuo, pero en la década de los 80 se fortalece el paradigma del desarrollo social en el modelo capitalista y se articulan salud y desarrollo y surgen nociones idealistas de estados óptimos que dejan de lado la subjetividad.

En la Carta de Ottawa (1986) se resalta que el concepto de salud, como bienestar, trasciende la idea de forma de vida sana e incluye la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse en estos prerrequisitos (OMS, 1986). Es así como la Declaración de Yakarta (1997) enuncia que la salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo económico y social.

En la edad antigua se destacan los desarrollos de la medicina griega y romana. La época pre hipocrática resalta una concepción mágico religiosa, siendo la salud una bendición de los dioses, luego, con Hipócrates, hacia el siglo V, tienen lugar los primeros estudios para comprender las causas naturales de la enfermedad y se concibe la salud como un estado natural de equilibrio. En la edad media continúa el predominio de lo místico; si bien en Occidente estaba dominado por una concepción mágico religiosa, en Oriente los árabes tenían en cuenta seis principios básicos: el aire puro, la moderación en el comer y el beber, el descanso, el trabajo, la vigilia, el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales (Morales Catalayud, 1999).

En la modernidad se abandona en Occidente la concepción mágico religiosa para dar paso a un modelo biomédico que cobra fuerza en el siglo XIX, con la comprensión de la dimensión biológica, siendo la salud el estado de no padecimiento por lesión de los tejidos y órganos. En 1946, cuando la OMS define la salud en términos de bienestar, se trabaja con una concepción innovadora que tiene en cuenta, además, los postulados de Siegerist (1941) y se acepta el área de la salud pública para destacar la diferencia entre salud, como un estado ideal para alcanzar y el proceso de salud concebido como capacidad para tomar decisiones, afrontar responsabilidades y vivir autónomamente (Lellis, Interlandi & Martino, 2015), que según la sociedad es coherente con saberes y prácticas destinadas a la recuperación de la salud perdida y el conocimiento y difusión de estas prácticas. Una deviene de las ciencias de la salud: saber científico, conocimiento científico académico, conocimiento médico, y la otra, de las prácticas populares: saber popular, conocimiento lego, conocimiento popular, conocimiento subordinado. (Freire, 1993; Mendoza González 1997; Montero, 2006; Saforcada, 2002).

Saforcada (2002), por ejemplo, enfatiza en la necesidad de ahondar los conocimientos de los contextos de salud, a partir de lo que él nombra como sistema total de salud, en la que la sociedad crea y pone en práctica el proceso salud-enfermedad. Mendoza González (1997), adiciona el componente de la atención, como un área de la vida cotidiana en la que se encuentran simbolizaciones y representaciones colectivas, que articulan las prácticas de la medicina popular con las adquiridas a partir del saber biomédico.

Según Gavidia y Talavera, (2012), el término salud puede ser utilizado en diferentes contextos: médico asistencial, cultural, sociológico, económico-político, filosófico antropológico e ideal y utópico.

En el contexto médico-asistencial, la actividad y las necesidades de los profesionales en salud se enmarcan en lo curativo y pragmático, esencialmente en la asistencia médica individualizada a personas con alteraciones corporales evidentes. Se concibe la enfermedad como algo objetivo, diagnosticable por sus signos anatómicos, físicos o químicos. Y la salud como ausencia de enfermedad.

En el contexto cultural lo principal es la dolencia interpretada según los estereotipos culturales (creer sentirse enfermo), buscar la recuperación de la “normalidad” y de la adaptación que hace posible la vida en una comunidad.

El contexto sociológico implica la sociedad como un todo integrado. Sus objetivos son la comprensión y la actuación sobre toda la sociedad en conjunto. Entiende la salud de los individuos como un estado en el que puedan funcionar eficazmente para desarrollar su rol social, como condición necesaria para el cumplimiento de las expectativas sociales.

En los contextos económico y político se aprecia a la salud como un bien económico y como el fundamento de la libertad, la seguridad, las relaciones internacionales o la estabilidad política y se considera la relación con factores económicos como el Producto Interno Bruto (PIB), el gasto sanitario, la industria farmacéutica, entre otros. De este modo, la percepción individual de la salud se asocia con el nivel salarial, la demanda de asistencia y la retribución de los médicos. Los contextos filosófico y antropológico definen la salud como un estado propio y específicamente humano, de acuerdo con la idea antropológica que se mantenga. Sánchez-González, 1998, entiende la salud en este contexto como un estilo de vida autónomo y responsable, o como una capacidad de realización de los valores más específicamente humanos.

Por último, los contextos ideal y utópico, influidos por las ideas acerca de la felicidad plena y la calidad integral de vida, incluye deseos y aspiraciones humanas, potencialidades superiores y las realizaciones llamadas espirituales.

Si se entiende lo interdisciplinario de las concepciones en salud y lo holístico del criterio que se utiliza para estudiar al hombre en salud, surgen diversas categorizaciones tales como: medicina curativa, medicina preventiva, medicina social, medicina ecológica y otras más, que pierden significación a medida que no puede haber más que una medicina, la que se apoya en la multicausalidad: en lo biológico, psicológico y lo social al mismo tiempo (Bleger, 1984). En la salud intervienen factores que interaccionan entre sí: los que están relacionados con la atención, en la que se incluyen la cantidad, calidad, acceso a los servicios y no dependen del individuo, y los referidos a lo biológico cuyas causas dependen de la genética y el envejecimiento celular; ambos consideran aspectos internos del individuo y del medio ambiente. Además, existen factores externos al individuo relacionados con el estilo de vida como los contaminantes ambientales y la presión sociocultural, que comprenden un conjunto de decisiones que el propio individuo toma respecto a su salud.

La salud puede trabajarse desde el modelo de promoción propuesto por Pender (1987), derivado de la teoría del aprendizaje social, que resalta el papel de los mediadores cognitivos en la regulación de la conducta y su relación con los estilos de vida (Rodríguez Marín, 1994), definido como las variables que favorecen el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia salud, es decir, la suma de las acciones que las distintas personas e instituciones (población, servicios de salud, autoridades sanitarias y otros sectores sociales y sanitarios) realizan cada día, para lograr que la vida sea posible y existan adecuadas condiciones de salud (OMS; OPS, 1990).

La promoción de la salud se sustenta en un paradigma holístico, que integra todas las características del bienestar humano en tanto concilian dos aspectos fundamentales: la satisfacción de necesidades básicas y el derecho a otras aspiraciones del ser humano (Restrepo & Málaga, 2001). Esto hace que la promoción de la salud se dirija a la población en su conjunto y no únicamente a grupos de riesgo o personas enfermas. Se establece como objetivo capacitar a la población para que controle su propia salud y su enfermedad, y ser más autónomos. Así no se depende única y exclusivamente de los servicios profesionales para tratar la salud.

En la conferencia internacional sobre promoción de salud (OMS, 1986) se hacen propuestas de acción tales como: construir políticas saludables, crear ambientes que favorezcan la salud, fortalecer habilidades personales y estilos de vida saludables, reforzar la acción comunitaria y reorientar los servicios de salud. Las propuestas incluyen el estudio detallado de las necesidades, recursos, prioridades y acuerdos sobre un plan de acción y un plan de mejoramiento.

Las intervenciones de la promoción en salud deben realizarse en dos niveles: el primero que abarque el ámbito estructural, en el cual se plantean las acciones para modificar los ambientes (físicos, sociales, culturales, políticos) con el fin de influir en las causas determinantes de vida y salud y el segundo dirigido a lograr cambios en los estilos de vida (Lellis, Interlandi & Martino, 2015).

Los estudios epidemiológicos han establecido factores de riesgo, los cuales incrementan la posibilidad de manifestar síntomas más graves o prolongados de enfermedad y factores de protección que se asocian con las enfermedades y no operan ni aislados ni linealmente, sino mediante sinergias.

Cuando se hace mención a factores de riesgo y de protección, es necesario hablar sobre las condiciones, variables o situaciones que tienen el potencial de aumentar o disminuir el riesgo de que suceda un evento determinado. Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión y un factor de protección son las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos, es decir, factores que modifican, aminoran o alteran la respuesta de una persona a algunos peligros ambientales que predisponen a una consecuencia de inadaptación (OMS, 2014).

Factores de riesgo y protectores en salud

Según la OMS (2014), un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente la probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión, lo que delimita el crecimiento de una patología en un sujeto y refleja la alta probabilidad de aparición

de algún daño no esperado o deseado para sí mismo. (López, Mejía, Osorio & Torres, 2006).

Cada riesgo depende de múltiples factores o causas que se entrelazan en una cadena de eventos socioeconómicos, ambientales comunitarios y conductuales, que deben tenerse en cuenta para desarrollar estrategias de promoción en salud. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene (OMS, 2009).

Los factores protectores son las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y los trastornos, y que modifican las respuestas personales a las agresiones del medio ambiente (Rutter, 1985), lo que deriva en una determinación en circunstancias específicas y atributos que vayan de la mano con el logro de la salud, la calidad de vida de un sujeto son susceptibles cuando se modifican (López, Mejía, Osorio & Torres, 2006).

La enfermedad

No hay enfermedad sin causa, no hay enfermedad sin etiología. Si bien el concepto de salud ha evolucionado hacia una concepción multidimensional, es importante entender, para todo aquel que desee trabajar en el campo de la psicología aplicada a la salud, lo que inicialmente se concebía como la contraparte de la salud: la enfermedad. La Real Academia Española (RAE) define enfermedad como una *Alteración más o menos grave de la salud*; sin embargo, esta definición no plantea mucho y depende, en gran medida, del conocimiento que se tenga de un concepto de salud.

Así mismo, los conceptos de salud y enfermedad han ido cambiando a través del tiempo, siendo esta última considerada por los antiguos como pérdida o erosión del alma, penetración mágica en el cuerpo, depresión por espíritu maligno, disposición prenatal del cuerpo debido a un desorden instantáneo de la naturaleza individual y medianamente causada por una causa externa o primitiva que determina en su cuerpo una modificación anatomofisiológica anormal y más o menos localizada (Dumoy, 1999).

En la era pre hipocrática la enfermedad era un castigo de los dioses, por desviarse de las pautas que regulaban los comportamientos relacionados con la salud: la era hipocrática, por su parte, la concibe como una desviación de las normas vinculadas con la dieta, consumo de agua y relaciones con el medio ambiente. La edad media plantea que la enfermedad se debe a la aglomeración de las ciudades y las malas condiciones sanitarias, lo que hizo que se produjeran epidemias con alto índice de mortalidad y se formularon las primeras teorías que asocian la patología con las impurezas del aire y del ambiente.

En la modernidad, como decía Bernard, la salud es la vida en el silencio de los órganos (citado en Canguilhem, 2004. p.49), es decir, surge la concepción de que, tanto salud como enfermedad, rebasan los límites del cuerpo físico y consideran la subjetividad, el comportamiento individual, las relaciones sociales y la influencia de los ámbitos culturales como determinantes del malestar (Parsons, 1964; Peña & Paco, 2002).

Actualmente estar enfermo significa considerar los fenómenos vitales, los orígenes, su evolución y las acciones que los modifican, teniendo presente existencia de daños morfológicos, limitaciones funcionales, ausencia de bienestar subjetivo, poco desarrollo de las potenciales de la personalidad y baja calidad del ambiente físico (Lellis, Interlandi & Martino, 2015).

Esta concepción supone un cambio de atención a la enfermedad en tanto se traslada la prioridad de la atención a la prevención que es definida como las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (Vignolo et al., 2011.p 3). Se basa en el principio de que, cuanto más temprano se actúe a fin de evitar o actuar contra el curso de los padecimientos, más eficientes y eficaces resultarán las medidas adoptadas (Lellis, Interlandi & Martino, 2015).

Para Escalante (2004) la prevención de la enfermedad es una estrategia de la atención primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas puesto que se concibe al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial que interrelaciona la promoción, la

prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del Sistema nacional de salud.

La prevención implica promover la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también procurar su rehabilitación y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante los diferentes niveles de intervención. Su propósito es evitar la aparición de riesgos para la salud del individuo, de la familia y la comunidad, actuar para que un problema no aparezca o disminuir sus efectos.

La prevención de la enfermedad es la acción que se deriva de los servicios de salud y examina a los individuos y a las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables, que suelen ser asociados con frecuencia con diferentes conductas de riesgo de los individuos, lo que mejora el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo.

Bleger (1984) enuncia tres tipos de prevención: la primaria busca disminuir el riesgo de la enfermedad; la segunda tiene como objetivo la reducción de la duración de la enfermedad, su diagnóstico precoz y su tratamiento efectivo y, la tercera apunta a evitar la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitar al sujeto para su reinserción social.

Como refiere Dumoy (1999), la salud y enfermedad no son polos opuestos, sino diferentes grados de adaptación del organismo frente al medio, los modos y estilos de vida que influyen a la vez en la actividad de las personas como seres sociales, ya sea de forma positiva o negativa.

Enfermarse representa para las personas, en general, una pérdida o modificación en diferentes niveles: hay alteraciones en el organismo, en lo psíquico, en lo social y familiar y, por ende, en lo productivo. Es por ello que puede decirse que el proceso salud- enfermedad trae implícita una dinámica bio-psico-social, por lo que es comprensible que cuando alguien enferma, cuando el organismo “flaquea”, no siempre se está frente a un asunto tan claro y específico.

Capítulo II

Psicología y salud

En el presente capítulo, se elabora una revisión acerca de la visión general sobre la psicología de la salud desde su devenir histórico y actual para dar o paso a las distintas concepciones que le subyacen y los modelos que la sustentan.

Psicología de la salud

La psicología trabaja en favor del fortalecimiento del individuo, dada su vulnerabilidad y se ocupa de encontrar sentido a la enfermedad, a los síntomas y malestares para brindar apertura, escucha y reflexión, lo que hace necesario ofrecer un campo de acción en el contexto de la salud y se dé primacía tanto a lo psicológico como a lo físico en el proceso de salud-enfermedad, denominado *Psicología de la salud*, rama aplicada de una disciplina general, interesada por la relación de variables psicológicas que articula al individuo mismo, la sociedad, la familia, el trabajo, la escuela y el sistema de cuidado de la salud (Oblitas, 2004).

Es un campo interdisciplinario que requiere, además de la formación disciplinar básica del psicólogo, una serie de conocimientos en los ámbitos de la salud, la enfermedad y los cuidados que esta implica, con un objeto de estudio y acción de mucha más amplitud que la enfermedad “mental”.

A lo largo de la historia se ha reconocido el valor de comportamientos que potencian la salud a partir de la adopción de estilos de vida saludables, determinados desde el entendimiento de la relación mente cuerpo. En la antigua Grecia se consideraba que la mente y el cuerpo se influían mutuamente, dando cuenta de los humores y la conducta de las personas. En la edad media se concibe una visión dualista, en la que hay un espíritu eterno que vive dentro de un cuerpo finito. En el renacimiento se revive el interés por el estudio de las ciencias, con una visión holística del fenómeno salud-enfermedad y el dualismo mente-cuerpo. Allí cobra relevancia el modelo biomédico. Sin embargo, aparece el modelo bio-psico-social en el que existen factores biológicos, psicológicos y sociales como determinantes de la salud y la enfermedad.

De esta manera surge formalmente la psicología de la salud porque se reconoce que la conducta del ser humano era crucial tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad, con un componente práctico que opera a partir de los insuficientes argumentos que la psicología clínica tradicional aportaba al entendimiento de problemáticas que articulan las enfermedades físicas con variables psicológicas (Morales- Calatayud, 1999).

Hacia finales de 1960 en Cuba se empezaba a consolidar el Sistema nacional de salud y se daba lugar a la disciplina psicológica y a los psicólogos en tareas de promoción, prevención y asistencia. Unos años después, en 1973, la Asociación norteamericana de psicología organiza un grupo de trabajo y crea la división específica de psicología de la salud dentro de la APA, conocida como la División 38, que aporta la formulación de políticas y programas en prevención y promoción de salud.

En Colombia, en los años 80, se inserta la psicología al ámbito de la salud y se consolida una psicología clínica de la salud, con énfasis en actividades de prevención secundaria y terciaria. En 1990 se funda la Asociación colombiana de psicología de la salud - Asocopsis-, pero es en 1999 cuando se formalizó oficialmente la seccional colombiana de Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (Alapsa). Posteriormente, en el 2005, se instaura la mesa de psicología de la salud en el Primer encuentro colombiano de investigadores en psicología (Flórez-Alarcón, 2006).

En la década actual hay avance tanto en la transmisión como en la producción de conocimiento de psicología y salud. Sin embargo, falta mayor implementación de programas de promoción y de prevención en el contexto de la Ley 100 de 1993, que regula al Sistema general de seguridad social y de atención en salud, aunque las demandas y requerimientos de la práctica y los cambios en el sistema de la salud de la población y las prioridades de los servicios de salud, han hecho que los psicólogos despierten interés en los temas relacionados con el comportamiento de las personas frente a la salud física; justamente por los escasos aportes de la psicología a este tipo de temas (Contreras et al., 2006), que buscan adaptar y adecuar las experiencias y aportes teóricos al sector salud, incluidos campos como la epidemiología, la educación y la investigación.

Como argumenta Morales Calatayud (1997), la psicología de la salud requiere construirse en los servicios de salud más que en cualquier otro contexto, con el fin de favorecer la integración de los psicólogos a los programas prioritarios y en las unidades médicas y ambulatorias correspondientes con aportes desde lo científico y filosófico para entender la pertinencia del trabajo conjunto con otros profesionales.

La psicología de la salud es considerada como una rama de la psicología (Rodríguez & Palacios, 1989; Morales, 1997); una especialidad de esta ciencia (Stone, 1979; Carrobles, 1993); un área esencialmente aplicada de la psicología (Stone, 1979; Matarazzo, 1980; Torres y Beltrán, 1986; Holtzman, Evans, Kennedy y Iscoe, 1988; Rodríguez & Palacios, 1989; Carrobles, 1993; Morales, 1997; Carrobles, 1993; Rodríguez-Marín, 1995) y, por último, como un campo interesado en la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud e intervención terapéutica de las conductas problemáticas que afectan el estado de salud del individuo (Matarazzo, 1980; Holtzman, Evans, Kennedy e Iscoe, 1988; Rodríguez & Palacios, 1989; Johnston, 1990; Carrobles, 1993; Morales, 1997; Stone, 1979; Matarazzo, 1980; Carrobles, 1993; Rodríguez-Marín, 1995); elementos que permiten esbozar el concepto desde diferentes autores y miradas:

Stone (1979) la concibe como conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el sistema de salud. Gatchell y Baum (1983), aluden a una disciplina relacionada con el papel primario

de la psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual. Bloom (1988), por su parte, propone que es el estudio científico de la conducta, pensamientos, actitudes y creencias relacionados con la salud y la enfermedad. Holtzman et al., (1988) se refieren a la psicología de la salud como aquella que se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado y del avance de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y el mantenimiento de la salud, además del estudio de factores del comportamiento que afectan el tratamiento de emergencia y la recuperación de la enfermedad física.

Sarafino (1990) la describe como el campo de la psicología que examina las causas de las enfermedades y el estudio de vías para promover y mantener la salud, prevenir y tratar la enfermedad y mejorar el sistema sanitario; y Carboles (1993), como una especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o rehabilitar éstos, en caso de que tengan lugar, con metodología, principios y conocimientos de la psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye, en la actualidad, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos.

Simón (1993) refiere que es la confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (psicología clínica, psicología básica, psicología social, psicobiología), tanto a la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad.

Para Morales- Calatayud (1997) es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos, de comportamiento, del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud, con un interés primordial en el estudio de los fenómenos 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 en las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud.

Oblitas (2006) refiere, además, que la psicología de la salud aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos, además a la modificación de trastornos físicos y mentales, o cualquier otro comportamiento relevante, para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar.

A pesar de las definiciones que se han planteado, el término psicología de la salud es usado a veces para designar prácticas diversas que no responden a un núcleo conceptual común, lo que no se justifica ni siquiera por el hecho de ser una rama aplicada emergente. Esto puede generar confusión, incompreensión y en el peor de los casos, rechazo (Morales-Calatayud, 2012, p.99).

En 2016 la división 38 de la APA propone los siguientes 10 objetivos específicos para este campo de acción:

- Comprensión y evaluación de las posibles interacciones entre estado físico y factores biopsicosociales.
- Aplicación de las teorías, principios y métodos de investigación psicológica con el propósito de reforzar o fortalecer el enfoque biomédico tanto en la promoción de la salud como en el tratamiento de la enfermedad.
- Comprensión del estrés y de su relevancia en los procesos de enfermedad.
- Adquisición de habilidades para el diseño y la aplicación de programas dirigidos a desarrollar u optimizar hábitos o estilos de vida saludables.
- Comprensión de los métodos y técnicas cognitivos y conductuales contribuyen en el afrontamiento y control del estrés.
- Comprensión de las dificultades que tienen los pacientes cuando deciden buscar tratamiento médico.
- Reconocimiento del estado en el que se encuentran los pacientes hospitalizados y de los factores que interfieren tanto en la adherencia al tratamiento como en la relación médico-paciente.
- Comprensión de las diferencias de las intervenciones médicas y psicológicas para el dolor, así como del efecto de su combinación en la eficacia del tratamiento.
- Reconocimiento del impacto que tienen sobre pacientes y familiares las enfermedades en fase terminal o que generan incapacidad.

- Comprensión de los mecanismos a través de los cuales las técnicas y principios psicológicos son eficaces para que los pacientes afronten y contribuyan en el control de la enfermedad crónica.

Para dar cumplimiento a los objetivos planteados, un profesional de la psicología debe contar con las siguientes competencias:

- Formación y conocimiento específico en el área de la salud. Conocimiento biomédico básico y específico.
- Liderazgo para convocatorias en los que participan psicólogos y otros profesionales.
- Evaluación e intervención de aspectos psicológicos en el campo de la salud, reconocer los límites de su acción, considerando que cada condición de salud y enfermedad amerita atención individual.
- Competencia ética y de responsabilidad social.
- Habilidad para gestionar actividades de investigación que accedan a comprender mejor los aspectos psicológicos del fenómeno salud-enfermedad y evaluar los verdaderos alcances de su acción en este campo.
- Actualización permanente de sus conocimientos en psicología y de los avances en el campo médico y de la salud.
- Saber hacer psicología en el contexto de la salud, definiendo con claridad qué es la psicología y cuál es la visión de salud que se tiene. En el quehacer en salud se reconoce el efecto de aspectos psicológicos, pero no se ha dado soporte empírico evidente de los alcances de la psicología.
- Medición y evaluación de aspectos psicológicos asociados al proceso salud- enfermedad, que implican conocimientos avanzados de psicometría.

Como la psicología de la salud no es la única disciplina que se ha ocupado de este campo se hace necesario hacer una delimitación disciplinar con la medicina psicosomática, psicología médica, medicina conductual y psicología clínica con énfasis en puntos de encuentro y diferencias.

Medicina psicosomática. El término psicosomático lo introdujo en el año 1818 Johann Heinroth, influenciado por el psicoanálisis con el propósito de entender trastornos orgánicos que, supuestamente, tenían orígenes en los conflictos psicológicos. Usado con cierta am-

bigüedad en su significado, ya sea como un movimiento renovador en medicina, como un factor psicológico implicado en la etiología o psicogénesis de las enfermedades físicas, como enfermedades en las que los factores psicológicos juegan un papel crucial, o como etiqueta genérica, para denominar todos aquellos síntomas somáticos para los que no se dispone de una explicación médica demostrada (Berrocal, Fava & Sonino, 2016).

La evolución de la medicina psicosomática (MP) ha estado marcada clásicamente por contribuciones de autores como Entralgo, Groddeck y Alexander y más contemporáneamente de Kissen, Engel, y Lipowski, quienes asentaron, durante los años 60, las bases de la actual MP.

Laín Entralgo (1982), la describe como la orientación de la medicina que se caracteriza por incluir en cada acto médico y en cada juicio clínico, la consideración de las emociones inconscientes que contribuyen a que cada paciente configure una persona enferma en una situación particular siempre diferente, que comprende, además, las vicisitudes de sus relaciones con el médico, la familia y la sociedad, desde una perspectiva de la representación simbólica, es decir, la enfermedad como manifestación corporal del inconsciente.

Groddeck (1939), la define como el estudio de la correlación existente entre los aspectos fisiológicos de todas las funciones corporales, tanto normales como anormales del soma y la psique. Por su parte Franz Alexander (1948) alude a una orientación que intenta comprender las enfermedades no como dinámicas locales aisladas, sino como perturbación de la coordinación total de los elementos orgánicos y su relación con lo psíquico.

En cuanto a los autores contemporáneos Kissen (1963), hizo énfasis en el papel de los factores psicosociales dentro de la misma enfermedad de un individuo a otro y contrastar la idea de considerar las enfermedades como entidades homogéneas, es decir, que éstas cursan de la misma manera en todos los individuos. Se asume el término psicosomático desde una perspectiva clínica y metodológica para enfermedades, que no cuenten con una patogénesis orgánica conocida, denominándolas como funcionales, así sea para enfermedades catalogadas como orgánicas.

En el mismo orden de ideas, Engels (1977) propone un enlace entre la MP y los modelos biopsicosociales y concibe la enfermedad como resultado de la continua interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, lo que hace que el individuo, el organismo y el ambiente sean componentes esenciales del sistema, como un todo. Igualmente, Lipowski (1986), retomando a Engels, consideró la MP con una concepción multifactorial de la enfermedad y critica la noción obsoleta de psicogénesis.

Si bien el concepto de medicina psicosomática está enmarcado dentro de un enfoque biopsicosocial su interés centrado en la enfermedad, la vinculación inicial con la teoría psicoanalítica y su atención limitada a un pequeño grupo de afecciones, redujeron las posibilidades de esta disciplina para estudiar la salud en un sentido más amplio (Vásquez, 2012).

Medicina conductual. La medicina conductual (MC) surge como una alternativa viable frente a limitaciones de la medicina psicosomática en los años 60 y 70 del siglo XX, lo que facilitó adoptar enfoques multifactoriales a la patogénesis de enfermedades crónicas y superar algunos obstáculos que impedían a los investigadores biomédicos y conductuales, la comprensión en el desarrollo de las enfermedades (Arias, 2010).

En 1973 se acuña el término de MC, campo interdisciplinar que buscó el progreso y la integración de los conocimientos y técnicas biomédicas y comportamentales relevantes para la salud y la enfermedad. Con él, un interés centrado en la investigación sobre implicaciones clínicas, de la relación entre determinadas variables psicológicas y la enfermedad (Miller, 1983), hoy en día, psicología de la salud, concepto adoptado en 1978 por la APA.

Hasta los años 80 este término se usaba indiscriminadamente para referirse a la psicología de la salud o cualquier otro campo disciplinar biopsicosocial; sin embargo, por la tradición conductista como se menciona en el nombre, su interés esencial fueron las conductas de salud y enfermedad, las contingencias que las mantienen y los cambios necesarios para la modificación de las mismas (Vásquez, 2014).

Matarazzo (1980) define MC como el campo interdisciplinario de investigación científica, educación y práctica concerniente a la salud, la enfermedad con el propósito de buscar el mantenimiento de la salud, la prevención de enfermedad y la disfunción en personas actualmente sanas.

Por su parte, Schwartz y Weiss (1978,) han definido la medicina conductual como

El campo interdisciplinario interesado en el desarrollo y la integración de conocimientos y técnicas generados por las ciencias biomédicas y conductuales, relevantes para la salud y la enfermedad, y en la aplicación de estos conocimientos y técnicas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación (p. 250)

Estas definiciones no difieren mucho de otras definiciones sobre psicología de la salud. Si bien, a lo largo de la historia, ha sido difícil delimitar ambos campos disciplinares, Godoy (1999), establece unas diferencias ilustrativas:

Medicina conductual	Psicología de la salud
Se pone el acento en su naturaleza interdisciplinaria	Se presenta como rama de la psicología
Se centra en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad	Se centra en la promoción de salud
El término es usado mayormente por investigadores clínicos que trabajan en el ámbito médico	Es más usado por psicólogos que se dedican a la investigación en facultades de psicología

La delimitación conceptual entre ambas no ha sido muy precisa, sin embargo, Bakal (1996) se atreve a decir que la medicina conductual es un apartado de la psicología de la salud.

Psicología médica. Ernst F. von Feuchtersleben acuña el término psicología médica (PM) en 1847 con su publicación *Los principios de la psicología médica*. Desde ese momento comienza a ser una cátedra de pregrado de medicina para la formación del médico, siendo impartida por psicólogos, con temas que se centran en la interacción mente-cuerpo, relación médico-paciente, cuestiones sociales y culturales, salud, política, economía y aspectos socioló-

gicos, antropológicos y psicológicos, asociados o no con aspectos básicos y clínicos (Petra, Zamora-López, Zúñiga-Aguilar, Ramírez-Gómez et al., 2018).

Es definida como el estudio de factores psicológicos relacionados con la salud física, la enfermedad y su tratamiento en los ámbitos individual, grupal y sistemático, sin un paradigma teórico particular puesto que los problemas que le competen pueden ser observados o conceptualizados desde cualquier orientación deseada, y tiene como foco todas las áreas de interés académico: investigación, intervención, aplicación y enseñanza (Asken, 1979).

Es un campo disciplinar amplio que abarca, desde aspectos relevantes para la psicología psicosomática, hasta aspectos concernientes a la psicología de la salud; sin embargo, no da prioridad a la salud como objeto de intervención y olvida a otras profesiones que se ocupan del mismo campo y los pone bajo subordinación de la práctica médica (Gil Róales-Nieto, 1996).

Psicología clínica. El establecimiento formal de la primera clínica psicológica fue en marzo de 1896 en la Universidad de Pensilvania, por parte de Lighner Witmer, quien propuso un papel terapéutico que es similar al papel del terapeuta de conducta de hoy día, y Sigmund Freud, con su propio método clínico centrado en la intervención: el psicoanálisis. Sin embargo, a pesar de que ambos fundadores incluían el tratamiento como una de sus principales funciones, lo cierto es que tanto el psicodianoóstico, como la investigación, fueron las principales prácticas que se consideraban clínicas. De hecho, la American Psychological Association, identificaba al psicólogo clínico como investigador o científico.

Posteriormente, esta limitada identificación llevó a los psicólogos clínicos en 1917 a crear su propia asociación, la American Association of Clinical Psychologists, si bien dos años después se reintegraría de nuevo en la American Psychological Association, de la que se había segregado debido a su marcado perfil científico.

La psicología clínica es un campo de especialización de la psicología que aplica los conocimientos y técnicas de ésta al estudio del comportamiento anómalo que supone algún trastorno para la propia persona o para otros. Dispone de sus propios métodos, modelos y

procedimientos, en particular, métodos psicodiagnósticos, modelos psicopatológicos y procedimientos psicoterapéuticos (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

Al delimitar la psicología clínica y la psicología de la salud para entender si son disciplinas distintas, se expone la postura de quienes no justifican la creación de una nueva especialidad de la psicología, porque sería un retroceso al aceptar la dualidad mente y cuerpo (Belloch, 1996; Botella, 1966; Echeburua, 1996, Blanco-Picabia, 1996) y aquellos que las separan (Gil Róales-Nieto & Luciano, 1996; Pelechano, 1996), por tanto, la psicología de la salud no puede reducirse a la psicología clínica en el campo académico, lo que implica crear un tronco disciplinar común en torno a las llamadas ciencias (Vásquez, 2014).

Las disciplinas anteriormente descritas entienden que, la psicología de la salud no es la única disciplina de estudio que se ha ocupado de las variables relacionadas con salud y enfermedad, lo que hace importante entenderla con la mirada desde distintos modelos.

Modelos en psicología de la salud

Según Guillamon (2012) una de las principales limitaciones para la intervención en psicología de la salud ha sido la ausencia en explicar los modelos teóricos y sus posturas, por ello se ofrece una síntesis de los principales modelos para la comprensión de los comportamientos asociados con la salud.

Los modelos teóricos que se presentan tienen como objetivo explicar la relación entre las variables personales y sociales que intervienen en la adopción y mantenimiento de conductas saludables o en la modificación de comportamientos de riesgo que propiciarían conductas no saludables.

Modelo biomédico. La enfermedad se entiende en términos de variables biológicas mensurables, es decir, la reduce a términos somáticos, biomédicos o neurofisiológicos, en los que la conducta social no tiene cabida en el mismo. Los movimientos somáticos y psicológicos se excluyen mutuamente y el cuerpo y la mente son dos entidades separadas (Osorio & Oblitas, 2005).

En este modelo el cuerpo se concibe como una máquina que funciona por forma biomecánica donde se reafirma el dualismo planteado por René Descartes, de la división mente y cuerpo. Esta perspectiva orientó a los estudios científicos hacia una observación reduccionista de los elementos biológicos y bioquímicos en el campo de la salud, como la del germen, que sostenía que la etiología de la enfermedad estaba en unos microorganismos invisibles al ojo humano llamados gérmenes los cuales tienen una función vital para los organismos. Por tanto, para evitar posibles contagios algunas veces se tomaban medidas de distanciamiento a partir de un método despersonalizado donde el paciente era visto como un conjunto de órganos y fluidos en distintos sistemas.

Desde este mismo modelo se da lugar a la genética como factor etiológico de muchas enfermedades (Oblitas, 2010).

El modelo biomédico es insuficiente y limitado pues no da respuesta a ciertos fenómenos implicados en el proceso salud-enfermedad, como por ejemplo, las enfermedades crónicas, el dolor crónico y el estrés; se limita a una serie de reacciones físicas y químicas, por lo cual los factores emocionales y de comportamiento son considerados ajenos a él e implica que el cuerpo pertenece a una dimensión física y la mente forma parte del dominio espiritual, siendo dimensiones diferentes y separadas (Engel, 1977).

Varios teóricos han apoyado la idea de que es necesario un nuevo modelo si se quiere progresar en la comprensión y el control de la enfermedad, el cual tenga en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive y el sistema complementario utilizado por la sociedad.

Modelo biopsicosocial. Modelo multifactorial propuesto por Engel (1977), en el que la salud y la enfermedad están multideterminados por la interacción entre elementos de macroprocesos (contexto social, ambiente, físico, circunstancias socioeconómicas) y microprocesos (cambios bioquímicos pensamientos, emociones), en los que se hace énfasis más en la salud, entendida como un proceso-estado que se alcanza cuando hay armonía biológica, psicológica y con el entorno social-ambiental. Y la enfermedad es concebida como resultado de la continua interacción de estos factores como componentes esenciales del sistema dentro de un todo (Engel, 1977; Fava, Ruino, Romba, & Wise, 2012; Novack et al., 2007; Oblitas, 2010).

Enfoca la atención en aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana y estimula la creación de nuevas estrategias en la relación del ser humano con su entorno, orientadas a crear un futuro más saludable, además, combina la elección personal con la responsabilidad social (Oblitas, 2010).

En el trabajo de Engel también emerge la orientación científica de la investigación psicosomática que combina métodos y técnicas fisiológicas y psicológicas y destaca la relevancia de la relación entre el paciente y el clínico, es decir, se debe comprender, además de los factores biológicos, psicológicos y sociales, el avance y mantenimiento de la enfermedad.

Para lograr la comprensión de esta interacción se tiene en cuenta la teoría general de sistemas en la que todos los niveles de organización están relacionados entre sí jerárquicamente y los cambios en cualquier nivel afectarán a los demás. La continuidad en los distintos niveles significa que cada sistema es, al mismo tiempo, un componente de otro sistema superior.

La postura de Engel reivindica la humanización de la medicina (Ramos, 2014), sin embargo, es una postura emotiva con algunas insuficiencias y debilidades tales como:

Las patologías tienen aspectos biológicos, psicológicos y sociales, lo cual es un hecho trivial, pero no explica cómo interactúa ni qué lugar tienen los distintos componentes biopsicosociales respecto a la etiología, patogénesis y tratamiento.

Confunde el tratamiento con etiología, que, aunque se asuma que una enfermedad es predominantemente biológica, no por ello dejaría de tener sentido un tratamiento psicoterapéutico y viceversa (Nassir, 2011).

Además, no diferencia los términos *"illness"* y *"disease"*. *"Disease"* alude a lo verificable y objetivo del estado patológico e *"illness"* a la percepción que el paciente de sus síntomas físicos. Sin embargo, para analizar los aspectos bio-psico-sociales, no se puede depender solo de la percepción del paciente sobre su propia situación, sino, también, datos objetivables y contrastables con los que puedan elaborarse hipótesis científicas (Nassir, 2011).

Modelo psicológico de salud biológica. Propuesto por Emilio Ribes Iñesta (1990), a partir de la perspectiva interconductual de Kantor (1980), en el que el comportamiento o interconducta se entiende como la práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales que, aplicadas al ámbito de la salud, implica que existen alteraciones biológicas como un producto de la enfermedad, de las circunstancias ambientales y socioculturales, es decir, se trata de un eje mediador entre las características biológicas del organismo y las características socioculturales que le dan contexto.

Es un modelo alternativo de análisis de los problemas del binomio salud-enfermedad desde una perspectiva psicológica que vincula la concepción biomédica y sociocultural y sabe del componente biológico de la enfermedad y las condiciones sociales en las que se da porque parte de la prevención, curación, rehabilitación y, sobre todo, de cómo afectan el actuar cotidiano de las personas puesto que las encamina a comportamientos preventivos y, por tanto, la intervención de la psicología en el área de la salud cobra interés para el comportamiento como elemento regulador en el proceso de salud-enfermedad (Ribes, 1990).

El hecho de que se plantee un modelo psicológico de salud no significa que la concepción de lo psicológico cambie en tanto que no tiene sentido una definición de lo psicológico en una teoría y plantearse un concepto diferente en un modelo que se presume deviene de ésta, la cual tiene en cuenta los comportamientos asociados con el binomio salud-enfermedad, el lenguaje de los afectos, la motivación y la personalidad (Piña & Rivera, 2006).

Modelos alternativos. Marks (2002), propone cuatro modelos alternativos de la psicología de la salud: *Modelo de Psicología de la Salud Clínica* busca la relación entre variables psicológicas y condiciones biomédicas para comprender la salud y la calidad de vida; el *Modelo de Psicología de la Salud Pública* pretende identificar y manipular las variables psicológicas que predicen la conducta sana y la relación con la salud en la población general y se relaciona con la epidemiología y con la promoción de la salud; el *Modelo de Salud Comunitaria* cuyo énfasis es responsabilizar a las comunidades para que tengan un mayor control sobre el cuidado de su salud. Y, por último, el de *Salud Crítica*, en el que el análisis, la crítica de

suposiciones y el discurso asociados con la salud y la enfermedad promueven conciencia en el estado sociopolítico y buscan una reflexión sobre las relaciones de poder y las dinámicas derivadas tanto de la producción, distribución y accesos de alimentos, como de los servicios de salud.

- *Modelo cognitivo social.* Propuesto por Albert Bandura, cuyo soporte teórico es los efectos del ambiente social y las cogniciones sobre la conducta y la influencia recíproca entre ellos. Atendiendo la expectativa de autoeficacia (creencias relacionadas con la habilidad que se tiene para ejecutar una conducta determinada) y expectativa de resultado (creencia de que la conducta puede producir los cambios deseados), mediante la interacción de determinantes personales en forma de cogniciones, emociones y factores biológicos; la conducta y las influencias ambientales (Bandura, 1977).

En el área de la salud, su aplicabilidad sugiere que se debe enseñar a las personas habilidades de autorregulación que les permitan ejercer el control sobre ellos mismos y sobre otros, en la práctica de comportamientos saludables, mencionando cuatro elementos: el componente informativo (hacer conscientes a las personas de lo vulnerable que son ante determinada enfermedad), el aprendizaje de habilidades sociales y de autorregulación (identificar disparadores de riesgo para que las personas transformen la información en conductas o acciones de prevención efectivas), el mejoramiento de las competencias sociales con la construcción de una sólida autoeficacia y la creación de una red de apoyo social que asegure el mantenimiento de las conductas preventivas adquiridas. (Bandura, 1994)

- *Modelo de reducción de riesgo.* Busca lograr un cambio de actitudes y motivar a la persona a desplegar habilidades de comportamiento que reduzcan el riesgo y aumenten la percepción de autoeficacia para iniciar y mantener los cambios deseados, mediante la creación de una red de apoyo social para reforzar conductas preventivas o de bajo riesgo.

Incluye elementos del modelo de cognición social y teoría de la autoeficacia propuesta por Bandura y del modelo de cambio de actitudes de Fisher y Fisher. El objetivo es percibir el comportamiento de riesgo y reconocer las habilidades personales para reducir el comportamiento, tomar una decisión para efectuar

dichos cambios y llevar a cabo el cambio conductual (Coates, 1992; Longshore, Stein & Conner, 2004).

- *Modelo integrativo.* Es un modelo que pretende enfocarse en la comunidad y no en problemas individuales e integra la psicología de la salud con la salud pública. Su forma de aproximarse a los problemas es multidisciplinaria y multinivel en tanto trata de comprender el estilo de vida y los factores conductuales dentro del entorno en el que se dan: niveles personal, interpersonal, ambiente social inmediato, los aspectos institucionales, sociales, culturales, políticos y económicos, como clases de factores que afectan la conducta y, finalmente, la evaluación del impacto de las intervenciones (Ugalde, 1998).

Otros modelos. Tienen como objetivo explicar la relación entre variables personales y sociales que intervienen en la adopción y mantenimiento de un comportamiento saludable o la modificación de riesgo no saludable, pueden clasificarse en modelos de *continuum* en los que el énfasis son los factores que explican la conducta y modelos de estadio que hace énfasis en la relación entre ellos y el cambio.

- *Modelos de continuum.* Teoría de acción razonada (Fishbein & Ajzen, 1975), teoría del comportamiento planificado (Ajzen & Madden, 1986), modelo de acción en favor de la salud (Schwarzer, 1992), modelos de creencias en salud (Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960), modelo de la motivación protectora (Bandura, 1986).
- *Teoría de acción razonada.* Planteada por los psicólogos Ajzen y Fishbein (1975), en la que el interés es entender cómo una persona llega a tomar una decisión para realizar cierta acción, conocer las intenciones o compromisos para actuar de cierta manera, lo que se convierte en o un predictor de la conducta manifiesta, considerando un factor personal referido a la actitud hacia la conducta, es decir, la evaluación favorable o desfavorable que la persona hace sobre su comportamiento y sus resultados. Y un factor social o cultural que considera las expectativas respecto a esa conducta de acuerdo con la influencia social normativa o norma subjetiva que le induce a realizar o no esa conducta.

Zanna y Rempel (1988) conciben la actitud desde una estructura tripartita en la que intervienen un componente cognitivo (creencias sobre prácticas o hábitos de salud), un componente afectivo (sentimientos frente a las prácticas de comportamiento saludable o no saludable) y, por último, el componente comportamental (intención de acción).

En esta línea, la teoría de la acción razonada propone un modelo integrador de estos componentes puesto que otorga a la persona un papel protagónico en la determinación de sus comportamientos, para lo cual potencializa sus capacidades de autorregulación y la racionalidad (Fishbein & Ajzen, 1975), el cual es complementado con la variable control percibido, referida a la percepción de dos tipos de obstáculos: los que se refieren a la falta de habilidades o competencias del sujeto para llevar a cabo la conducta y los situacionales, es decir, oportunidades y recursos disponibles para ejecutar la conducta (Ajzen, 1985, 1991). La mayoría de los comportamientos sociales, estén o no relacionados con la salud, dependen de la voluntad de la persona y la intención de llevarlo o no a cabo.

Cuando aplican el modelo al estudio de los comportamientos relacionados con la salud y la enfermedad, las personas recogen del medio la información que consideran suficiente sobre los riesgos para la salud y los beneficios y consecuencias de llevar a cabo o no determinadas conductas.

- *Teoría del comportamiento planificado (TPB)*. Es un modelo replanteado por Ajzen y Fishbein (1991) que busca predecir una determinada conducta y asumen factores internos y externos para explicar el comportamiento en función de su intención (Kautonen, Van Gelderen y Fink, 2015), que está determinada por: las actitudes frente a la conducta (valoración positiva o negativa del comportamiento), la *norma social o subjetiva* (presión social para realizar la conducta) y el control de acción o autoeficacia (percepción de que el individuo será capaz de realizar el comportamiento); factores que se encuentran relacionados entre sí y la influencia relativa de cada uno de ellos en la intención de actuar, y en la acción misma, varía dependiendo del tipo de conducta que se está estudiando y las situaciones específicas del contexto (Ang, Ramayah & Amin, 2015).

Las actitudes frente a la conducta, al igual que la norma subjetiva, están determinadas por las creencias conductuales, es decir, la anticipación que hace la persona hace sobre el tipo y el valor de las consecuencias de su conducta (expectativas y valores de resultados) y por las creencias normativas que se refieren a la percepción que tiene de lo que otras personas esperan y de la motivación de cumplir con esas expectativas (Villamarín & Limonero, 2007)

El control de la acción depende de la autoeficacia, referida a la percepción que el individuo tiene sobre la capacidad de llevar a cabo un comportamiento y el *locus de control*, entendido como la atribución de la causalidad a factores internos o externos y el grado o control personal que se tiene sobre la conducta.

Este modelo ha sido aplicado al estudio de conductas de salud, tales como: adoptar dieta saludable, realización de ejercicio físico y uso del preservativo y se destaca el rol de personas significativas que favorezcan la formación de creencias en salud.

- *Modelo de acción en favor de la salud (HAPA)*. Propuesto por Schwarzer (1992), con el fin de explicar los mecanismos implicados de motivación para el cambio, con la intención de hacerlo y mantenerlo en el tiempo, se afrontan los obstáculos con los que puede enfrentarse, a partir de una fase motivacional, es decir, la formación de la intención de cambio y una fase volitiva que son aquellos elementos que juegan un papel en la ejecución y mantenimiento de la acción.

Para lograrlo se tienen en cuenta la percepción de riesgo, las expectativas de resultado y la autoeficacia percibida. Además, se destaca el papel de la autorregulación en la relación entre intención y conducta y la autoeficacia es relevante tanto en la preparación para el cambio como en la ejecución de la acción y en el mantenimiento del cambio.

- *Modelo de creencias en salud (HBM)*. Expuesto en los años 50 por Hochbaum (1958) y Rosenstock (1960), quienes buscaban una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades, con

la premisa de la creencia o percepción de que un problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración, que se es vulnerable a ese problema y que la acción a tomar producirá un beneficio a un costo personal aceptable.

La lógica aplicada es de costo-beneficio a la conducta preventiva en salud debido a que las acciones están dadas en función de: la preocupación general de la persona por la salud, el riesgo percibido de adquirir una enfermedad y el resultado de la comparación de los beneficios percibidos por realizar la conducta preventiva con las barreras y facilitadores sociológicos y los indicadores de información-acción que focalizan la atención del sujeto en esas conductas específicas (Páez, Ubillos & Pizarro; 1994).

Es una propuesta basada en la valoración subjetiva de una expectativa, en la cual el cambio hacia una conducta saludable está guiado por las creencias del individuo, específicamente por la expectativa de valor y las personas van a cambiar su conducta si resulta en algo valorado para ellas y tiene la expectativa de que pueda alcanzarse ese resultado.

Se enfatiza en el deseo de evitar la enfermedad o padecimiento y en la expectativa o creencia de que una acción posible de realizar evitará o mejorará la condición. Es así como el comportamiento depende principalmente de dos variables: el valor dado a un objeto particular y la estimación que los seres humanos hacen de la probabilidad de que una acción permita alcanzar un objetivo (Morales, 2009). Es la percepción individual la que establece el comportamiento, y no el ambiente en el que vive y se desenvuelve el individuo.

En el modelo pueden intervenir otras variables como la susceptibilidad percibida, es decir, la percepción subjetiva del riesgo de contraer una enfermedad, la severidad percibida en la que se producen sentimientos y evaluaciones frente a las posibles consecuencias clínico-médicas y sociales, los beneficios percibidos en la que se define el curso de la acción que será emprendida y, por último, las barreras percibidas que son aquellos aspectos potencialmente negativos de una enfermedad.

- *Modelo de la motivación protectora.* Propuesto por Harris (1979), quien parte de la motivación como elemento esencial para entender el comportamiento de salud, el cual tiene una relación estrecha con dos variables que pueden incidir en el accionamiento del mecanismo motivacional y su mantenimiento: la percepción de riesgo y vulnerabilidad psicosocial percibida (García del Castillo, 2012-2015)

La percepción de riesgo tiene en cuenta el riesgo y la percepción, incluidas características intervinientes como el plano subjetivo, creencias, actitudes y motivación. Es un proceso cognitivo que tiene en cuenta la información de cada persona acerca de los contextos, otras personas, objetos, que se procesa de forma inmediata y crea un juicio o valor que, posteriormente, condiciona su comportamiento (Pastor, 2000)

La vulnerabilidad psicosocial percibida, modulada por una serie de factores como el riesgo, afrontamiento, resiliencia, estrés, pautas de apego e inteligencia emocional (García del Castillo, 2015). Esto quiere decir que, a mayor riesgo percibido, mayor vulnerabilidad psicosocial. Por tanto, el sujeto asume o no el riesgo en función de las características expositivas de cada situación.

Modelos de estadios. Transteórico (Prochaska, DiClemente 1983,1992,1994), y adopción de precauciones (1992).

- *Modelo transteórico del cambio conductual.* Propuesto por Prochaska, DiClemente y Norcross (1994), en el que el balance decisional y la autoeficacia influyen en el cambio comportamental, es decir, la estimación de beneficios, costos y el juicio sobre las propias habilidades para ejecutar una conducta requerida con el propósito de lograr ciertos resultados. Teniendo en cuenta la etapa o el estadio en el cual se encuentra una persona en términos de intención hacia el cambio, se examinan las ventajas y desventajas del cambio y la habilidad de ejecución.

Las personas pasan por una serie de etapas en su intento por cambiar una conducta, las cuales son pre-contemplación (resistencia a reconocer o modificar un problema), contemplación (conciencia de la existencia del problema), preparación (plan

de acción e intención de cambio), acción (modificación de conducta con un criterio establecido y esfuerzos significativos) y mantención (estabilización del cambio conductual y la evitación de recaídas).

- *Modelo de adopción de precauciones.* Propuesto por Weinstein y Sandman en 1992, a partir de las críticas hechas al modelo transteórico y como una alternativa dentro de los modelos basados en estadios. Identifica siete estadios por los que pasa una persona para cambiar una conducta: tomar precauciones y proteger la salud entre los que están: sin conciencia de riesgo, conciencia de riesgo, indeciso reconocimiento de la susceptibilidad, no actuar, decisión de acción, acción y mantenimiento.

Una vez comprendidos los distintos modelos descriptivos y explicativos de la psicología de la salud se puede atribuir la aplicabilidad del psicólogo en el campo y considera la responsabilidad individual frente a la condición de salud, mediante el fomento de conductas que pueden hacer que las personas se sientan mejor en su vida diaria a partir de objetivos como la promoción, la prevención, evaluación y tratamiento de enfermedades y del sistema de salud, con el fin de aportar a la promoción de estilos de vida saludables, la modificación de hábitos insanos asociados con enfermedades, al tratamiento de enfermedades específicas y a la evaluación y mejora del sistema sanitario (Oblitas, 2006).

Capítulo III

El psicólogo de la salud en el marco legal colombiano

La Seguridad Social Integral abarca un conjunto de entidades y las instituciones públicas y privadas, normas y procedimientos conformados por los regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales que la comunidad y la persona disponen para gozar de una calidad de vida, por medio del cumplimiento progresivo de los programas y planes que la sociedad y el Estado despliegan para proveer la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que deterioran la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad, que se definen en la Ley 100 de 1993 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En Colombia la salud está regulada por el Ministerio de la Protección Social que, en el Decreto 1011 de abril 3 de 2006, establece el Sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Según esta disposición las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) deberán adoptar criterios, indicadores y estándares que les posibiliten precisar los parámetros de calidad y de atención, para lograr acciones preventivas y de seguimiento continuo y sistemático que garanticen los niveles de calidad establecidos en las normas legales e institucionales.

El artículo 20 de este Decreto establece que:

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario, responsable de la administración del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de la verificación del cumplimiento de las condiciones para la habilitación, así como de las demás actividades relacionadas con este proceso (p.8)

La Ley 100 de 1993 instauro el Sistema de Seguridad Social Integral y hace mención en el artículo 1 de la garantía de los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida en coherencia con la dignidad humana, con el objetivo, según el artículo 6, de ordenar las instituciones y los recursos para garantizar las prestaciones económicas y de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema; la prestación de los servicios sociales complementarios y la ampliación de cobertura a sectores sin la capacidad económica suficiente como campesinos, indígenas y trabajadores independientes, artistas, deportistas, madres comunitarias, para el otorgamiento de las prestaciones en forma integral (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

Esta ley, en el Artículo 153, expone las reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social como:

- Equidad, es decir, servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia.
- Obligatoriedad, en la que toda persona, empleada o no, debe estar afiliada al Sistema.
- Protección integral o atención integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia.
- Libre escogencia, que implica poder escoger entre las diferentes Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Autonomía de instituciones, que tienen una personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, de acuerdo con el tamaño y complejidad que se reglamente.

- Descentralización administrativa, mediante direcciones seccionales, distritales y locales de salud. Participación social en la que los usuarios hacen parte de la organización y control de las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del sistema en su conjunto.
- Concertación, mediante Consejos nacionales, departamentales, distritales y municipales de Seguridad Social en Salud y Calidad.
- Mecanismos de control para la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral y continua.

En el artículo 162 de esta misma ley, se presenta el Plan de Salud Obligatorio, que permite la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

De acuerdo con esta ley se hace necesario, para los profesionales que trabajan en el área, entre ellos el psicólogo, conocer e implementar unos protocolos exigidos para esta atención debido a que los pacientes con problemas de salud, tanto física como mental y consultan a las distintas Instituciones Prestadoras de Salud para recibir atención adecuada.

Posteriormente la Ley 1122, del año 2007, hace algunas modificaciones a dicho Sistema, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, puesto de manifiesto en: Artículo 3, en el que se decreta la creación de la Comisión de regulación en salud, que es una unidad administrativa especial, con personería jurídica, autonomía administrativa, técnica y patrimonial; Artículo 20, que garantiza la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto por subsidios a la demanda; Artículo 23, en el que las aseguradoras deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios y garantizar la integralidad y continuidad en la prestación de los servicios; Artículo 25, que regula la prestación de servicios de salud, considerando los requisitos y procedimientos para la habilitación de nuevas instituciones y Artículo 33, que reglamenta el Plan Nacional de Salud Pública cuyo objetivo es promover condiciones y estilos de vida saludables y atender y prevenir factores de riesgo para la salud en los distintos niveles educativos.

Esto último se logra a través de la fijación de metas y responsabilidades en la vigilancia de salud pública y acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo para la salud humana mediante modelos de atención familiar y comunitarios, atención primaria y atención domiciliaria, incluidas acciones orientadas a la promoción de la salud mental y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007).

A partir de la regulación de la seguridad social y las respectivas modificaciones y ajustes que se han hecho hasta el momento, es necesario entender la regulación del ejercicio de la profesión de psicología y el Código deontológico y bioético decretado en el año 2006 con la Ley 1090, considerado en su Artículo 1º:

La Psicología es una ciencia sustentada en la investigación y una profesión que estudia los procesos de desarrollo cognoscitivo, emocional y social del ser humano, desde la perspectiva del paradigma de la complejidad, con la finalidad de propiciar el desarrollo del talento y las competencias humanas en los diferentes dominios y contextos sociales tales como: La educación, la salud, el trabajo, la justicia, la protección ambiental, el bienestar y la calidad de la vida. Con base en la investigación científica fundamenta sus conocimientos y los aplica en forma válida, ética y responsable en favor de los individuos, los grupos y las organizaciones, en los distintos ámbitos de la vida individual y social, al aporte de conocimientos, técnicas y procedimientos para crear condiciones que contribuyan al bienestar de los individuos y al desarrollo de la comunidad, de los grupos y las organizaciones para una mejor calidad de vida (p.1)

Así, independientemente del área en el que se desempeña el psicólogo, ya sea en el ejercicio público o privado, es considerado un profesional de la salud, por hacer parte del estudio del comportamiento humano desde lo biológico, lo psicológico y lo social, que se apoya en la definición de salud de la OMS y hace énfasis en la naturaleza biopsicosocial del individuo, el bienestar y la prevención como parte esencial del sistema de valores que conduce a la sanidad física y mental.

En la misma ley se menciona que dentro del ejercicio profesional del psicólogo se encuentra la asesoría y participación en el diseño y formulación de políticas en salud, así como su integración en equipos interdisciplinarios también contempla la fundamentación, diseño y gestión de diferentes formas de rehabilitación de los individuos en el ámbito de salud (Ley 1090 de 2006).

Luego, en 2013, el Congreso de la República de Colombia expide la Ley 1616 de Salud Mental, con el objeto de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana con el objeto de priorizar a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud y con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud (p.1).

En el Artículo 18 de esta misma ley se establecen disposiciones sobre la conformación de equipos interdisciplinarios para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en salud mental públicas y privadas, los cuales deben cumplir con estándares que garanticen idoneidad, pertinencia y personal disponible para responder a las necesidades de los usuarios y favorecer la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, además de poder lograr una detección precoz, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud.

Además, el mismo artículo refiere

Los equipos interdisciplinarios estarán conformados por psiquiatría, psicología, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, terapia psicosocial, médico general, entre otros profesionales, atendiendo el nivel de complejidad y especialización requerida en cada servicio de conformidad con los estándares que para tal efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. (p.7).

Por estas múltiples razones, es menester la presencia del psicólogo especializado en el ámbito de la salud, quien aportará a la prevención y atención integral, atendiendo al modelo de atención, las guías y protocolos vigentes, la legislación, los principios bioéticos

y el uso de un lenguaje transdisciplinar, para lograr la integración de lo teórico con lo práctico y lo orgánico con lo psíquico y adquirir una conciencia crítica de su rol como profesional que propenda por el respeto de la dignidad y los derechos humanos de las personas, familias y grupos.

Capítulo IV

El psicólogo en el ámbito de la salud.

¿Cómo está pensado el psicólogo en la salud?

Cuando se hace referencia a roles y funciones del psicólogo, sin importar su ámbito de actuación, se hace necesario la comprensión de los distintos enfoques y modelos que sustentan sus prácticas, partiendo de la psicología como disciplina científica en tanto se trabaja una característica o una problemática, aunque es esta pluralidad con la que se reflexiona la profesión por su epistemología, es decir, en términos de Julio Alfonso Pina López (2010), un “rompimiento abrupto” entre la psicología como disciplina científica y la psicología como disciplina profesional.

Esto implica una relación entre ellas:

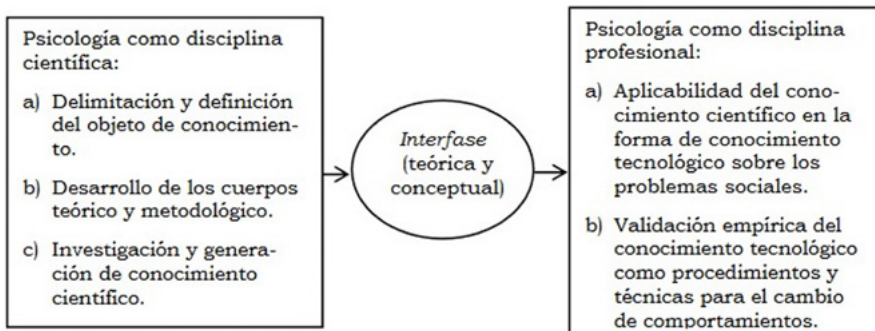


Figura 1. Relación entre la psicología como disciplina y como profesión. Fuente López, J. A. P. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. Enseñanza e investigación en psicología, 15(2), 233-255.

Como se muestra en la Figura 1, esta relación viene dada por un orden natural en el que se manifiesta la producción-aplicación del conocimiento psicológico y se entiende que el conocimiento científico no se transforma de manera directa en conocimiento aplicativo tecnológico, sino que se sirve de una interfase teórica y conceptual que actúa de traductor entre ambas instancias.

Muchas veces los diseños curriculares de las universidades en todo el mundo, fallan en el paso de lo científico a lo aplicativo, lo que se manifiesta en la dificultad de los nuevos profesionales para elaborar planes de acción en psicología. De allí surge la necesidad de los investigadores de promover herramientas que faciliten la aplicabilidad del conocimiento psicológico para lograr transformaciones y avances en las sociedades, tanto en lo ideológico de la época, como en el impacto y transformación cultural causado por un conocimiento objetivo que, a veces, se abstrae de la realidad (Jaramillo, 2003).

Se precisa de una mirada ecológica que, en términos de Bronfenbrenner (1994), supone entender la influencia que tienen los ambientes en el curso del sujeto, a partir de su conocimiento y aplicabilidad hasta lograr una serie de funciones que enmarcan el saber aplicativo del psicólogo en la salud.

Funciones del psicólogo de la salud

Promoción de la salud. La promoción se define como las actividades que favorecen el control de los individuos y grupos sobre su propia salud mediante un conjunto de estrategias encaminadas a procurar la adopción de hábitos de vida saludables con el objetivo de conseguir una vida sana y que la enfermedad se afronte adecuadamente y se conviva con ella de forma aceptable (Gallar, 2006, p 8).

Desde un paradigma holístico, un estilo de vida promotor de la salud incorpora conductas orientadas al bienestar, físico, psicológico y social, a una mejor calidad de vida y al disfrute de la plena expresión de su potencial humano. Por tanto, es allí donde el psicólogo de la salud se vale de estrategias interdisciplinarias en la promoción bajo la modalidad de educación para la salud, educación para la enfer-

medad, servicios socio sanitarios y entornos saludables, es decir, operan desde tres campos de actuación: prevenir, cuidar y educar.

Prevenir significa tomar precauciones o medidas por adelantado para evitar un daño, un riesgo o un peligro. En el contexto de la salud supone más allá de evitar la aparición de la enfermedad, es también la reducción de factores de riesgo, detener su avance una vez que se presenta y atenuar las consecuencias (OMS,1998).

Cuidar implica una serie de actividades orientadas hacia la salud y la enfermedad en temas como higiene y cuidados corporales, alimentación, prevención de accidentes, ejercicio físico y apoyo psicológico. Control de la enfermedad, control de factores de riesgo, promoción de actividades intelectuales y sociales.

Educar es un instrumento más para lograr los objetivos de la promoción (Costa & López, 1996), “siendo un proceso planificado y sistemático de comunicación y de enseñanza-aprendizaje orientado a hacer fácil la adquisición, elección y mantenimiento de práctica saludables y hacer difíciles las prácticas de riesgo” (Oblitas, 2010. p.58), para esto se requiere detectar, motivar e instruir estrategias fundamentales (Gallar, 2006).

Prevención de la enfermedad. Implica pautas destinadas tanto a evitar la aparición de una enfermedad como la reducción o eliminación de factores de riesgo, al igual que proteger a aquellas comunidades o grupos susceptibles con el fin de mitigar consecuencias que puedan desencadenarse (De Lellis, 2015), y se ha de hacer énfasis en las actitudes y creencias de las personas frente a las conductas relacionadas con la salud y la toma de conciencia (Vásquez, 2005).

Intervención sobre la enfermedad. La intervención es la que se produce cuando ya el individuo está enfermo. Tiene como objetivo mejorar las condiciones biológicas, somáticas y psicológicas de la persona diagnosticada con una enfermedad y detener su avance, considerando que existe un periodo de prepatogénesis (anterior a la enfermedad) que deriva en patogénesis que implica un estado crónico o de incapacidad; sin embargo, puede lograrse mediante tratamientos específicos la recuperación en cualquiera de sus estadios y atender a sus necesidades de reintegración al entorno del que procede.

Rehabilitación. Es un conjunto de técnicas y métodos de duración limitada y con un objetivo definido, encaminada a recuperar una deficiencia física, mental o social que en una persona se ha disminuído o perdido, con el fin de lograr optimizar y proporcionar los medios para modificar su vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales. (OMS, 1983).

Investigación. La investigación es una actividad central dentro de la ciencia, en permanente construcción y cambio que se ocupa de la esencialidad de lo humano, en la psicología de la salud está enfocada en variables relacionadas con promoción de salud en la comunidad; bienestar subjetivo y calidad de la vida; enfermedades crónicas, estrés y riesgo de enfermar; adulto mayor, familia y salud; salud reproductiva y materno- infantil; prevención de adicciones, violencia intrafamiliar, enfermedades de transmisión sexual, psicoterapia e hipnosis, formación de psicólogos y recursos humanos en salud e integración de la psicología en los servicios hospitalarios (Martínez-Portuondo, 2010).

Participación en políticas públicas. La política pública es el conjunto de acciones cuya intencionalidad y causalidad han sido establecidas por la interlocución de la ciudadanía con el gobierno , de esta forma se generan una constelación de leyes, regulaciones y mandatos para atender las necesidades de los ciudadanos, estas se consideran efectivas cuando se atienden de manera eficiente, se sirve a la justicia, apoyan instituciones y la democracia y promueven la ciudadanía (Kraft & Furlong, 2007).

Es así como el principal rol del psicólogo en las políticas públicas es aplicar el hallazgo de las ciencias psicológicas a la formación de grandes iniciativas gubernamentales que apuntan a la salud, la educación, la equidad y la seguridad pública; además, velar para que el conocimiento psicológico opere en legislaciones que atienden problemáticas sociales; asimismo, apoyar políticas y financiamiento que promueva la psicología como profesión en los servicios de salud pública (Garrison, DeLeon, & Smedley, 2017)

Psicólogo y equipo interdisciplinario de salud

Cuando se piensa acerca del trabajo de un psicólogo de la salud en un equipo interdisciplinario es necesario analizar el concepto de lo que supone la interdisciplinariedad. Según Van del Linde (2007), son estrategias que implican la interacción de varias disciplinas y que devienen en el diálogo y la colaboración para lograr una meta propuesta, en otras palabras, Posada (2004), la define como una cooperación entre disciplinas que resulta en interacciones reales, es decir, de reciprocidad, intercambio y enriquecimiento mutuo.

La interdisciplina también es convocada en la búsqueda de formas de superar las limitaciones metodológicas de cada una de las disciplinas y de esa manera expandir las fronteras establecidas fomentando la investigación. Cuando apelamos a trabajar de forma interdisciplinaria estamos asumiendo que el problema a abordar está planteado de tal manera que no puede ser resuelto desde una sola disciplina y necesita del concurso de varias perspectivas (Gandolfi & Cortázar, 2006. p 2).

Es que el mismo modelo biopsicosocial de Engels (1977) invita a la integración de saberes en salud, la retroalimentación de teorías y construir paradigmas de trabajo enfocados en las variables psicológicas asociadas con la salud y la enfermedad, a partir de ello generar y ampliar ese concepto de salud en una única dirección posible dentro de un paradigma científico, lo que implica enriquecer los acercamientos al conocimiento y la manera en que se conocen y se da resolución a los conflictos (Parisi, 2006).

Una visión bio-psico-social integradora y un trabajo de equipo no lo conduce el hecho de formar parte de un mismo servicio. La integración y visión global de la salud y de la enfermedad viene dado por el hecho de ser conscientes de la existencia y necesidad de la articulación e interacción de los distintos factores biológicos, sociales, psicológicos, pedagógicos, etc., al enfocar nuestro trabajo (Melendez, 1998). Sin embargo, es necesario advertir que en las actividades propias de la profesión se diluyen las fronteras y límites disciplinares que, si bien se hace para operar en el campo de acción y proveen de soluciones, se producen tensiones. De esta manera la interdisciplina puede ser también un espacio de conflicto, el reto es

superarlo y que la discusión de saberes implique una mejor calidad de atención a los problemas de la población.

La experiencia de trabajo de un psicólogo en un equipo disciplinar de salud puede ser una experiencia que puede derivar en actitudes como sentimientos de desvalorización debido a que la tarea del otro parece como más legitimada; sentimientos de resistencia a realizar actividades que considera propias de otras profesiones o, por el contrario, sentimientos de que el otro invade su campo de trabajo producto del arraigo a la identidad disciplinaria y, por último, se da una tendencia a competir acerca de quién tiene mayor compromiso con la tarea o quién tiene mejor vínculo con los destinatarios de la misma. (Gandolfi & Cortázar, 2006).

Para superar los obstáculos planteados anteriormente Viera (2003), plantea que los profesionales, sea de la disciplina que sea, tengan capacidad de asombro, respeto, aceptación de las diferencias, tolerancia, la dilución de límites, que los otros puedan evaluar la tarea y, por último, cuestionar las ideas preconcebidas tanto de la propia disciplina como los mitos sobre otras, de tal manera que todo confluya en un intercambio horizontal de sus saberes, sin imposición de una disciplina sobre otra y aplicar sus conocimientos sobre el caso, realidad o problemática correcta.

Un trabajo así concebido facilita que se racionalicen y utilicen eficazmente los recursos, sin que se dupliquen los servicios y profesionales, sin que se repitan actuaciones o se deriven los casos sin continuidad ni coordinación, igualmente, que haya una responsabilidad asumida y el usuario sepa a quién recurrir y quién lleva la dirección de la atención, sin que se solapen actuaciones o se «reboten» a los pacientes de servicio en servicio o de administración en administración. Asimismo, se favorece la capacidad técnica y profesional de los servicios que, desde su propia competencia, profundizan su labor específica, sin menoscabo del intercambio e interacción de conocimientos (Meléndez, 1998).

Referencias

- Ajzen I, Fishbein M. (1980) Understanding attitudes and predicting social behavior. New Jersey: Prentice-Hall.
- Alfonso, P. G., Ribaudo, P. S., & Spedale, P. M. (2015). "El rol del psicólogo en la Atención Primaria de Urgencias en Salud Mental. Posibilidades de abordaje interdisciplinario".
- Ang, M., Ramayah, T. y Amin, H. (2015). Efficacy of the theory of planned behavior in the context of hiring Malaysians with disabilities. *Journal of Developing Areas*, 49(3), 3-25
- American Psychological Association. (2010). APA. Diccionario conciso de psicología.
- Editorial El Manual Moderno.
- Arias, E. R. (2010). Medicina conductual y terapia cognitiva: ¿Paradigmas complementarios o rivales? Facultad de Humanidades • Instituto de Psicología Órgano de Difusión de la Psicología Científica, 122.
- Asken, M. J. (1979). Medical psychology: Toward definition, clarification, and organization. *Professional Psychology*, 10(1), 66.
- Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-hall.
- Bandura, A. (2004). Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Education & Behavior*, 31, (2), 143-164.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In *Preventing AIDS* (pp. 25-59). Springer, Boston, MA.
- Bandura A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall;
- Bleger J. (1984) *Psicohigiene y Psicología Institucional*. Buenos Aires. Ediciones Paidós.

- Bogart, L. & Delahanty, D. (2004). Psychosocial Models. En Boll, Frank, R., Baum, A., & Wallander, J. (Ed). Handbook of clinical health psychology: Volume 3. Models and perspectives in health psychology. (pp. 201-248). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S.J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568–586.
- Canguillen, G. (2004). Escritos sobre la medicina. Buenos Aires. Amorrorto Editores. Caplan, G (1966) Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires, Paidós.
- Carrobbles, J. A. (1993). La psicología de la salud: estado actual y perspectivas. In X. Bornas, G. Buela-Casal, V. Caballo, R. Moll, J. Pérez-Pareja, M. Servera, J. BC. Sierra y M. Tortella-Feliú: Actualidad de la Psicología Conductual en España. Resúmenes de los trabajos presentados al II Congreso Nacional de Psicología Conductual, Granada.
- Castañeda G. (2003) Notas de clase. Departamento de salud. Asignatura Salud Pública. Facultad de ciencias médicas “Cmdte M. Fajardo”.
- Castañeda I. (1999) Algunas reflexiones sobre género. *Rev Cubana Salud Pública*. Cohen, S. & Lemay, E. (2007). Why Would Social Networks Be Linked to Affect and Health Practices? *Health Psychology*, 26, (4), 410–417.
- Conner, M., Norman, P., & Bell, R. (2002). The Theory of Planned Behavior and Healthy Eating. *Health Psychology*, 21, 2, 194–201.
- Cúrbelo Toledo y cols. (2005) Fundamentos de la Salud Pública. Ecimed. La Habana. Tomo I. De Bogotá, C. D. C. (1993). Ley 100 de 1993.
- De Colombia, C. P. Decreto 1011 de 2006/Numeral 11 del artículo de 189/Ley 100 de 1993. Ley 175 de 2001.
- Del Castillo, J. A. G. (2012). Concept of risk perception and impact on addictions/Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 12(2).
- De Lellis, M. (2015). Perspectivas en salud pública y salud mental. Buenos Aires: Nuevos Tiempos.
- Escalante, P. (2004). Prevención de la enfermedad. Recuperado en: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>.
- Española, R. A. (2011). CREA: Corpus de referencia del español actual.
- Flórez-Alarcón, L. (1999). Origen y evolución de la psicología de la salud en Colombia. *Revista Colombiana de Psicología, Edición Especial*, 125-126.
- Flórez-Alarcón, L. (2006) “La psicología de la salud en Colombia”. En *Investigación en detalle número 6*. [en línea]. ALAPSA. Bogotá. Consultado el 18 de Septiembre de 2019. Enviado por Dr. Miguel

- Mukodsi Carám y Otros Autores Código ISPN de la Publicación: EEYLAYKAVKCNOAGYYT. Disponible en internet. <http://www.alapsa.org/detalle/06/index.htm>. Junta Directiva de la Alapsa (1997).
- Hochbaum G.M. (1958) Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study. Washington, DC: US Government Printing Office; PHS publicación n 572.
- Holtzman, W. (1988). Psicología y salud. Psicólogos (Papeles del Colegio de Psicólogos), VI (33/34), 35-59.
- Holtzman, W. H., Evans, R. I., Kennedy, S., & Iscoe, I. (1988). Psicología y salud. Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención de salud.
- Gallar, M. (2006). Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente (4ª edición ed.).
- Gandolfi, A., & Cortázar, M. (2006). El desafío de la interdisciplina en la formación de los Profesionales de la Salud. VIII Jornadas de Psicología Universitaria. (73-78). Universidad de la República, Facultad de Psicología.
- Garrison, E. G., DeLeon, P. H., & Smedley, B. D. (2017). Psychology, public policy, and advocacy: Past, present, and future. *American Psychologist*, 72(8), 737.
- Gatchell, R. J., & Baum, A. (1983). An introduction to health psychology reading. Maryland: Addison-Wesley Publishing, 1-120.
- Gender and Health a Technical Paper. Women´s Health: WHO (citado mayo-junio 2001): (50 pantallas). Disponible en: URL <http://www.who.int/frhhd/GandH/Ghreport/genderlech.htm//> Acknowledgements 8 de octubre 2001.
- Gil Roales-Nieto, J. y Luciano, M. (1996) Acerca de la psicología clínica y de la salud, su delimitación, coincidencia y diversidad y algunas reflexiones al hilo. *Análisis y modificación de la conducta*, 22, 269-289.
- Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En *Manual de psicología de la salud: fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 39-70).
- Kathl-Martín C. (1990) *Fundamentos de epidemiología*. Madrid: Editorial Díaz Santos, p. 169-82.
- Kautonen, T., Gelderen, M. van y Fink, M. (2015). Robustness of the theory of planned behavior in predicting entrepreneurial intentions and actions. *Entrepreneurship Theory and Practice*, 39(3), 655- 674.
- Lain Entralgo, P. (1950). *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*.
- Lellis, M. Interlandi, C. Martino S. (2015). *Introducción a la salud pública como área del conocimiento y de la acción. Perspectivas en salud pública y salud mental*. Ediciones Nuevos Tiempos. Buenos Aires, Argentina.
- Lilienfeld D., Stolley P. (1994) *Foundation of Epidemiology*. 3 td. ed. New York: Oxford University Press.

- Losada, L. (s.f.). Prevenir los trastornos mentales en atención primaria. Actualización de conceptos. Madrid. España.
- López, J. A. P. (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.
- Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de salud pública*, 29(3), 275-281.
- Matarazzo, J D. (1980). Behavioural health and behavioural medicina. *Frontiers of a new health psychology. American Psychologist*, 35, 807-817
- Matarazzo, J. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-4.
- Menéndez Osorio, F. (1998). Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 18 (65), 145-150.
- Mendoza González, Z. (1997). ¿Enfermedad para quién? Saber popular entre los triquis. Recuperado de: www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/52/cnt/cnt5.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2013). Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Bogotá: Colombia
- Ministerios, D. S. Y. P. S. Ley 1616 de 2013 “Ley de Esperanza” [en línea]. Consultado el 11 de marzo de 2013.
- Montero, M. (2006). *Hacer para transformar*. Editorial Paidós SAICF.
- Montiel, C. B., Fava, G. A., & Sonino, N. (2016). Contribuciones de la medicina psicosomática a la medicina clínica y preventiva. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(3), 828-836.
- Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud. Tópicos del comportamiento*.
- Morales Catalayud, F. (1999). *Introducción a la Psicología de la Salud: Buenos Aires*. Paidós.
- Morales Calatayud, Francisco. (2012) *Psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, vol. 4, núm. 2, 2012, pp. 98-107 Asociación para el Avance de la Ciencia Psicológica Buenos Aires, Argentina.
- Morales Calatayud (2012). Health psychology. Achievements and questions after four decades of development psicología de la salud. Realizaciones e interrogantes tras cuatro décadas de desarrollo Psiencia. *Revista latinoamericana de ciencia psicológica* 4(2) 98-104 Psiencia. *Latin american journal of psychological science*.
- Mrazek PJ, Haggerty RJ (eds). (1994) *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Committee on Prevention of Mental Disorders, Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press.

- Nassir G. *Psiquiatría. Conceptos. Una aproximación pluralista a la mente y a las enfermedades mentales*. Chile: Mediterráneo; 2008.
- Nassir G. *The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2010.
- Nassir G. *The Biopsychosocial Model in Psychiatry: A Critique*. An International Journal in Philosophy, Religion, Politics, and the Arts. 2011;6(1).
- Norman, P., Conner, M., & Bell, R. (1999). *The Theory of Planned Behavior and Smoking Cessation*. *Health Psychology*, 18, (1), 89-94.
- Oblitas, L: *Panorama de la Psicología de la Salud* <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-314-1-panorama-de-la-psicologia-de-la-salud.html>. México
- Oblitas, L. (2006). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Estimados amigos, 37.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa (Canadá. Primera Conferencia internacional de promoción de la salud*. Ontario: OMS. Disponible en http://www.cepis.opsoms.org/bvsdeps/full_text/conf1.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1946). *Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio*.
- Organización Panamericana de la Salud. (1983) *La Formación en Epidemiología para el Desarrollo de los Servicios de Salud*. XIV Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública Taxco, México, 15 al 19 noviembre 1983.
- Organización Panamericana de la Salud. (2016) *Informe anual de Salud en las Américas*.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). *Informe quinquenal de Salud en las Américas 2013-2017*
- OMS, OPS. (1995) *Mujer, salud y desarrollo*. Taller de capacitación. Ciudad Habana.
- Páez D. (1994) *Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del Sida*. *Rev Psicol Gen Aplic*. 47 (2): 141-149.
- Para la Promoción, C. D. O. de la Salud. (1986). Recuperado de <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>.
- París, E. R. (2006). *Psicología, interdisciplina y comunidad*. Enseñanza e investigación en Psicología, 11(2), 373-384.
- Parson, T. (1964). *Social Structure and Personality*. New York: Free Press
- Pastor, G. (2000). *Conducta interpersonal: ensayo de Psicología Social sistemática*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Pender NJ. (2000) Conferencia. Taller dirigido a profesionales de enfermería y del área de salud. Modelo de Promoción de la Salud.

- Peña, A. & Paco, O. (2002). El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Primera parte. En *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 63 (3), 223-232.
- Piña, J., & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: algunas reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Universitas Psychologica*, 5(3), 669-680.
- Posada Álvarez, Rodolfo. (2004). Formación Superior basada en competencias, interdisciplinariedad y trabajo autónomo del estudiante, *Revista Iberoamericana de Educación*. Obtenido el 4 de marzo de 2010, desde <http://www.rieoei.org/deloslectores/648Posada.PDF>.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C., & Norcross, J. C. (1994). Cómo cambia la gente: Aplicaciones en los comportamientos adictivos. *RET: revista de toxicomanías*, (1), 3-14.
- Promoción, D. D. Y. (1997, July). De la Salud en el Siglo XXI. En *Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud: Nuevos actores para una nueva era: llevar la promoción de la salud hacia el siglo XXI*, Yakarta]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Psicología de la Salud: Una Perspectiva Latinoamericana. *Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud*, 1, 6-19.
- Petra, I., Zamora-López, B., Zúñiga-Aguilar, M. F., Ramírez-Gómez, K. M., & Fouilloux, M. (2018). Evolución histórica de la psicología médica y su riqueza para la formación humanista y psicológica del médico general. *FEM: Revista de la Fundación Educación Médica*, 21(5), 227-233.
- Population Reference Bureau. (2013). 2013 World population data sheet.
- Ramos Pozón, S. (2015). Una propuesta de actualización del modelo bio-psico-social para ser aplicado a la esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 511-526.
- Redondo, P (2004). Prevención de la enfermedad. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (Cendeiss). Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública
- Regalado Pezúa, O., Guerrero Medina, C. A., & Montalvo Corzo, R. F. (2017). An application of the behavioral theory in the latinamerican male segment of personal care products. *Revista EAN*, (83), 141-163.
- Restrepo, E & Málaga H. (2001). Promoción de salud: cómo construir vida saludable. Bogotá. Editorial Médica Internacional.
- Rodríguez Marín. J (1994).: «Evaluación en prevención y promoción de la salud»; (En Fernández Ballesteros R. Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud; Madrid, Pirámide.

- Rodríguez, G., & Palacios, J. (1989). Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México. J. Urbina (Comp.), El psicólogo. Formación, ejercicio profesional, prospectiva, 473-482.
- Rosenstock, I (2000). Health Belief Model. En Kazdin, A. E. (Ed). Encyclopedia of psychology, Vol. 4. (pp. 78-80). Washington, DC, US: Rosenstock IM. What research in motivation suggests for public health? A J Public Health 1960; 50:295- 301
- Rosenstock I, Strecher V, Becker M. (1988) Social learning theory and the health belief model. Health Edu Q 15 (2):175-183. American Psychological Association; Oxford University Press.
- Rovira, D. P., Landa, S. U., Pacheco, M. P., & Canelón, M. L. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del sida. Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología, 47(2), 141-149.
- Rutter, M (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. British Journal of Psychiatry, vol.147, pp. 598-611
- Saforcada, E. (2012). Psicología sanitaria: historia, fundamentos y perspectivas. Psiencia : Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 4(2), 120-130.
- San Martín H, Martín A, Carrasco J. (1990) Epidemiología, teoría y práctica. Madrid: Editorial Díaz Santos :325-7.
- Sánchez-González, Miguel A. (1998). "El concepto de salud: Análisis de sus contextos, sus presupuestos y sus ideales", en "Cuadernos del Programa Regional de Bioética", n° 7, Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe OPS/OMS, Santiago de Chile, pp. 63
- Sarafino, E. P. (1990). Biopsychosocial interactions. Health psychology. New York: John Wiley and Sons.
- Senado Dumoy, J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud-enfermedad. Revista cubana de medicina general integral, 15(4), 453-460.
- Serie Paltex (1986) para ejecutores de programas de salud n° 7. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno-infantil. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Sheeran, P., Conner, M., & Norman, P. (2001). Can the Theory of Planned Behavior Explain Patterns of Health Behavior Change? Health Psychology, 20, (1), 12-19.
- Siegerest. H, E. (1941). Medicine and Human welfare. Ew Have: Yale University
- Smith, J., Tran, G. & Thompson, R. (2008). Can the Theory of Planned Behavior Help Explain Men's Psychological Help-Seeking? Evidence for a Mediation Effect and Clinical Implications. Psychology of Men & Masculinity, 9, (3), 179-192.
- Social, M. (2007). Ley 1122 de 2007.

- Stone, G. (1988). Psicología de la salud: Una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(1), 15-26
- Terris, M. (1991: 2-3)http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/63/art2.htm#*
- Terris, M. (1991). ¿Qué es la Promoción de la Salud? ¿Traducción libre del Dr. Guillermo Llanos, del editorial "What is Health Promotion?"» *J. Pub. Health Pol.*, 1986:147-151. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.
- Tomás, M. C. (2001). Una primera aplicación de la teoría del comportamiento planificado para explicar el abandono del tratamiento por parte de los dependientes alcohólicos. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 54(3), 389-405.
- Torres, I., & Beltrán, F. J. (1986). *La Psicología de la Salud: campos y aplicaciones*. Xalapa, Veracruz: Centro de Estudios Psicológicos.
- Torres de Galvis, Y., Osorio, J., López, P., & Mejía, R. (2006). *Salud Mental del Adolescente Medellín-2006*. Medellín: Secretaría de Salud de Medellín, Facultad de medicina CES.
- Thurston, W., & Vissandje'e, B. (2005). An Ecological Model for Understanding Culture as a Determinant of Women's Health. *Critical Public Health*, 15, (3), 229– 242.
- Ugalde B. (1998) Tendencias de la psicología de la salud en el tercer milenio. Universidad de Concepción (conferencia).
- Vázquez, I. A. (2014). *Manual de psicología de la salud*. Ediciones Pirámide.
- Viera, E. (2003) Equipo de Trabajo – Trabajo de Equipo. En: (2003) *Construyendo Aprendizajes*, Pimenta M., ed., Equipo docente de taller de 1er ciclo Facultad de Psicología, Universidad de la República, Montevideo, Argos, ediciones alternativas.
- Vignolo, J y otros. (2011) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de medicina interna*. Versión impresa ISSN 0250-3816, v.33 n.1, Montevideo abr. Zas, B. La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales. Habana, Cuba.
- Von Feuchtersleben, E. F. (1847). *The principles of medical psychology: Being the outlines of a course of lectures* (Vol. 10). Sydenham Society
- Weinstein, N. D., y Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11, 170-180.
- World Health Organization. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2016). *World health statistics 2016*: World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*.



Universidad
Pontificia
Bolivariana

SU OPINIÓN



Para la Editorial UPB es muy importante ofrecerle un excelente producto. La información que nos suministre acerca de la calidad de nuestras publicaciones será muy valiosa en el proceso de mejoramiento que realizamos.

Para darnos su opinión, comuníquese a través de la línea (57)(4) 354 4565 o vía correo electrónico a editorial@upb.edu.co

Por favor adjunte datos como el título y la fecha de publicación, su nombre, correo electrónico y número telefónico.

La obra *Generalidades de psicología y salud* representa el Volumen 1 de la colección *Escritos Psicológicos: Psicología y Salud* y es producto de un exhaustivo rastreo documental actualizado y pertinente sobre esta rama de la psicología que ha cobrado relevancia no solo en Colombia, sino en todo el mundo. El propósito de esta obra es brindar una visión general y profesional sobre la psicología de la salud, donde se revisan conceptos y nociones sobre salud y enfermedad, el rol de la psicología en los procesos de promoción de salud y prevención de la enfermedad. Asimismo, se hace una revisión sobre la legislación colombiana en salud y el trabajo del psicólogo en este ámbito, para finalizar con una explicación sobre las actividades de la labor del psicólogo de la salud. *Generalidades de psicología y salud* es un texto imprescindible e introductorio para aquellos estudiantes y profesionales de la psicología que deseen adentrarse en la rama de la salud, además de sentar las bases teóricas para el desarrollo de los volúmenes por venir en la colección.

