

# LA PSICOLOGÍA EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS: EXPERIENCIAS Y RETOS

**Marta Martín Carbonell**

*Facultad de Psicología. Universidad Cooperativa de Colombia, Sede Santa Marta*

## **Resumen**

El auge creciente de la Psicología de la Salud como opción profesional, y el desarrollo conceptual, metódico y metodológico alcanzado por la psicología aplicada a los problemas que plantean la atención a las personas con enfermedades crónicas y/o dolor, explican que cada vez sean más numerosos y fructíferos los intentos por introducir en la práctica sanitaria los métodos psicológicos en ámbitos como los servicios especializados de medicina y cirugía, clínicas del dolor, cuidados paliativos, atención primaria, hospitales, etc.

La finalidad de la ponencia es brindar a los estudiantes e investigadores una actualización crítica sobre la temática, de cara a fortalecer el desarrollo de líneas de investigación y programas de intervención. Para ello se identifican algunos problemas teóricos y metodológicos que afectan al ejercicio profesional y a la investigación y se señalan peculiaridades de la práctica en el contexto latinoamericano; para discutir barreras y retos para la excelencia.

**Palabras Claves:** Psicología de la Salud, intervención psicológica, enfermedades crónicas, trabajo multidisciplinario

## **Abstract:**

*The purpose of this paper is to provide students and researchers with a critical update on the subject, in order to strengthen the development of lines of research and intervention programs. I identify some theoretical and methodological issues affecting practice and research; as well as peculiarities of the practice in the Latin American context; to discuss barriers and challenges for excellence.*

**Keywords:** health psychology, psychological intervention, chronic diseases, multidisciplinary work

## **Introducción**

Las enfermedades crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Entre ellas se incluyen las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas, la diabetes, los trastornos neuropsiquiátricos, las enfermedades osteomusculares, afecciones bucodentales, enfermedades digestivas, trastornos genitourinarios, malformaciones congénitas y enfermedades cutáneas. Representan la causa de defunción más importante en el mundo, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales. Cerca del 80% de las muertes se concentran en los países de ingresos bajos y medios, en los que las personas tienden a desarrollar las enfermedades a edades más tempranas, sufrirlas durante más tiempo –a menudo con complicaciones

prevenibles– y fallecer antes que en los países de altos ingresos. (Organización Mundial de la Salud – OMS–, 2014).

La principal causa de muerte en Colombia en 2011 fue la enfermedad coronaria. En el año 2011 se contabilizaban más de 4 millones de colombianos con diabetes y enfermedades cardiovasculares (Observatorio Nacional de Salud, 2011). Se plantea que al nacimiento la población femenina colombiana espera vivir en promedio 76,1 años y la población masculina 70,6 años, de los cuales 18,2 años y 17,8 años, respectivamente, se constituyen en años de vida con discapacidad debida a enfermedades crónicas (Observatorio Nacional de Salud, 2015).

La persona con enfermedades crónicas vive la mayor parte del tiempo fuera del sistema sanitario formal (Jadad, A.R.; Cabrera, A.; Martos, F.; Smith, R.; Lyons, R.F., 2010). La autonomía e independencia que sea capaz de alcanzar, el ritmo de progresión de la enfermedad y prácticamente todos los resultados de salud, dependen en gran medida de su propio comportamiento (Martín Carbonell, M.; Riquelme Marín, A. y Lechuga, M., 2013), el cual a la vez está determinado de manera importante por las creencias, sentimientos, actitudes, hábitos y emociones (Burke, Mathias, & Denson, 2015).

Resulta así evidente que para prevenir el desarrollo de estos problemas hay que influir en el comportamiento humano. J. Grau (1987) planteaba las siguientes razones para explicar la vertiginosa introducción de la psicología en los Hospitales Clínico Quirúrgicos que se produce a partir de la segunda mitad del siglo xx: 1- Necesidad de compensar con la consideración de los factores sociopsicológicos el perfeccionamiento tecnológico en la Medicina; 2- Necesidad de preparar a los enfermos para intervenciones médicas, 3- Necesidad de incrementar la rehabilitación sociopsicológica en muchas enfermedades, 4- Posibilidad de incrementar el desarrollo de investigaciones multidisciplinarias; y 5- Necesidad de profundizar en la búsqueda del rol del “factor humano” en la génesis y desarrollo de las enfermedades.

Así, el auge creciente de la Psicología de la Salud como opción profesional en los últimos veinte años, por una parte, y el desarrollo conceptual, metódico y metodológico alcanzado por la psicología aplicada a los problemas que plantea la atención a las personas con enfermedades crónicas y/o dolor, por otra parte, parecen ser las razones que determinan que cada vez sean más numerosos y fructíferos los intentos por introducir en la práctica sanitaria los métodos psicológicos en ámbitos como los servicios especializados de medicina y cirugía, clínicas del dolor, cuidados paliativos, etc.

### **Objetivo**

La finalidad de la ponencia es brindar a los estudiantes e investigadores una actualización crítica sobre la temática, de cara a fortalecer el desarrollo de líneas de investigación sobre los factores psicosociales relacionados con la atención multidisciplinaria a las personas con enfermedades crónicas y dolor. Para ello se identifican algunos problemas teóricos y metodológicos que afectan al ejercicio profesional y a la investigación en esta temática. Así mismo, se pretende enfatizar sobre peculiaridades de la práctica en el contexto latinoamericano; y se discuten barreras y retos para la excelencia.

## Método

La metodología utilizada ha sido la revisión narrativa.

## Desarrollo

*Problemas conceptuales: salud, enfermedad...*

Uno de los retos que deben enfrentar los psicólogos en la investigación y en la intervención en el ámbito de las enfermedades crónicas es que carecemos de un aparato conceptual propio que sea común para todos los psicólogos, que nos permita comunicarnos intradisciplinariamente primero; y mucho menos que nos facilite la comunicación con los representantes de otras ciencias. Independientemente de los problemas y confusiones conceptuales propias del desarrollo de nuestra ciencia, esta carencia se explica también porque trabajamos con categorías médicas que son relativas y discutibles.

Los primeros conceptos que invitan a la reflexión son los de Salud vs Enfermedad. La definición de salud de la OMS como “un completo estado de bienestar físico, mental y social” es demasiado general y se refiere más a una aspiración, a un estado ideal que a la realidad cotidiana de las personas. Así mismo, el concepto de enfermedad de la propia OMS: “alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible” (OMS, 2014); responde a un modelo médico que asume que la asociación de ciertos síntomas y signos se debe a que son causados por una entidad latente y la meta del diagnóstico es identificarla (diagnóstico nosológico). Pero se reconoce que este modelo es válido solo para una pequeña cantidad de trastornos bien estudiados y aun así, se sabe que la misma enfermedad se presenta de manera diferente en las distintas personas. El viejo refrán “*no hay enfermedades, si no enfermos*” no es solo un llamado a una práctica clínica centrada en la persona y a huir de la estandarización de los cuidados médicos, es también consecuente con el concepto de que los diagnósticos son en realidad “constructos teóricos” que sintetizan los conocimientos y la ideología sobre la salud y la enfermedad en un momento y contexto determinado. Rosenberg (1987) observaba “Una enfermedad no es absolutamente una entidad física sino un complejo constructo intelectual, una amalgama de estados biológicos y definiciones sociales”(p.5). O como plantea Herek “las enfermedades son socialmente construidas” (p.113).

Por otra parte, nos encontramos ante la paradoja de que, si de enfermo “crónico” o “somático” se trata, todos sabemos acerca de qué estamos hablando, pero no sabemos cómo nombrarlo. Esto se puede observar hasta en los propios documentos de la OMS, en la que se usan indistintamente los conceptos de enfermedad crónica (que se refiere al curso) y enfermedad no transmisible (que se refiere a la vía de adquisición) e incluyen también los problemas de salud mental, pues si bien es cierto que comparten retos comunes para la salud pública (OPS, 2002), no es menos cierto que presentan importantes diferencias con implicaciones para nuestra disciplina.

Otro aspecto a tener en cuenta es que el concepto de enfermo crónico también ha variado. Si bien hasta hace poco se definía como efecto de una única enfermedad; ahora es representado como crónico al paciente con varias patologías, merma en su autonomía, incapacidad y fragilidad clínica. La enfermedad de base ha dejado de ser lo relevante, para incidir más en la importancia de la comorbilidad clínica y la limitación en su autonomía (Jadad, A.R.; Cabrera, A.; Martos, F.; Smith, R.; Lyons, R.F., 2010).

Esto conlleva al reconocimiento de que los sistemas de atención de salud deben protegerse de la fragmentación de los servicios, que es lo que actualmente predomina. Esto tiene repercusiones prácticas para el ejercicio profesional de la psicología y ha dado lugar a las “superespecializaciones” como Psicooncología, Psicocardiología, Psico-reumatología cuando en la realidad, lo que predomina es una persona mayor con enfermedad reumática, cardiovascular y qué además puede tener un cáncer. Si bien es verdad que ciertos tipos de síntomas o cursos de enfermedades pueden plantear tareas o intervenciones específicas, lo seguro es que la prevención, tratamiento y rehabilitación psicológica están más determinados por las limitaciones que las enfermedades y los síntomas causan a las personas. Como decía la eminente psicóloga rusa B.W.Zeigarnik: *“Decide el destino de la personalidad no el defecto en sí mismo, si no la repercusión que tiene para la realización sociopsicológica de la personalidad”*.

Otro problema que nos afecta a todos (no solo a los psicólogos) es la llamada "mercantilización de las enfermedades", refiriéndose a la práctica promovida desde los laboratorios, de obtener beneficios económicos fomentando la conciencia de enfermedad y la necesidad de medicinas para curarse. Existen muchas vías para transformar un problema menor en “enfermedad” y se han llegado a patologizar condiciones de la vida como la dismenorrea o la calvicie (Morell, Martínez González & Quintana Gómez, 2009).

Si esto es cierto para enfermedades “físicas”, más aún lo es con respecto a las llamadas “enfermedades mentales”. Las deficiencias de los DSM como herramienta para el diagnóstico han sido señaladas por diferentes autores (Echeburúa, E.; Salaberría, K. & Cruz, M., 2014; Hofmann, 2014); incluso el propio Instituto Nacional de Salud (NIH) de los Estados Unidos de Norteamérica sugiere a los investigadores que no se limiten a usar los diagnósticos del DSM y plantea *“los pacientes se merecen algo mejor”* (NIH, 2013).

Al margen de los temas políticos y financieros (el DSM-5 es una gran fuente de ingresos para la Asociación Psiquiátrica Americana y de hecho es en el campo de la salud mental donde más ha fructificado la estrategia de “marketing” de la enfermedad), algunas de las objeciones frecuentes al DSM-V son: la patologización de la normalidad utilizando puntos de corte arbitrarios; llegar a un diagnóstico basado en un juicio subjetivo de un clínico; está demasiado enfocado en síntomas e ignora la etiología del trastorno; las categorías del DSM-5 incluyen un gran número de combinaciones sintomáticas que pueden definir el mismo diagnóstico; el problema de la comorbilidad (la co-ocurrencia de varios diagnósticos) ; y el que muchos clínicos siguen utilizando el diagnóstico residual (diagnóstico “no especificado”), porque los pacientes no encajan en ninguna de las categorías diagnósticas. Esencialmente, las mismas objeciones se aplican a la 11ava edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, que se va a publicar en 2015 (Hofmann, 2014).

Como alternativa, se está proponiendo un alejamiento del modelo médico simplista basado en el modelo de enfermedad latente. Por ejemplo, Hofmann (2014) propone un modelo basado en las redes causales complejas como abordaje alternativo al diagnóstico psiquiátrico: en lugar de asumir la existencia de entidades patológicas latente, se asume que los trastornos existen como *sistemas de elementos/problemas psicológicos vinculados*. En el caso de la psicopatología, los elementos de la red pueden ser conductas desadaptativas, sesgos cognitivos, perturbación emocional, y anormalidades

fisiológicas. Este tipo de esfuerzos puede que en un futuro nos proporcione un marco conceptual apropiado a nuestras intervenciones, pero en lo que llegan debemos seguir trabajando conscientes de esta ambigüedad e incertidumbre conceptual.

#### *Las emociones en el proceso salud-enfermedad*

Para muchos colegas y para el público en general, la aplicación de la psicología en el campo de las enfermedades somáticas se fundamenta en la idea de que las enfermedades físicas son una señal de desajustes emocionales, y conciben la intervención psicológica como una “curación emocional”, bajo el supuesto de que al corregir las emociones negativas se curarán los trastornos corporales, un poco automáticamente o por arte de magia.

La noción de que las emociones son fuentes de salud y enfermedad ha estado presente con mayor o menor fuerza en todas las culturas y en todos los momentos de la historia de la humanidad, con mayor o menor impacto en los sistemas de atención. Como “botones de muestra”, solo recordar que la medicina psicosomática encuentra sus orígenes en la concepción galénica de “enfermedades de la pasión” que tuvo una marcada influencia en el pensamiento médico hasta casi el siglo xx (Ackernetcht, 2004); y que el eminente médico español Gregorio Marañón (1887-1960) afirmó que “*la patología psicosomática, es fundamentalmente una patología emocional*” (citado por Cruz, 2013).

Los procesos emocionales han demostrado su relevancia en alteraciones del sistema inmunológico (Chandrakan, 2013), trastornos coronarios (Castillo, Anelob y Fernández, 2013), diabetes (Lostanau, 2013; Molano y Agudelo, 2013), o dolor (Martín, Riquelme y Lechuga, 2007), por poner solamente algunos ejemplos. En esta dirección, las emociones que más se han investigado en relación con el proceso salud-enfermedad han sido las negativas como la ansiedad, la depresión, y la ira-hostilidad, posiblemente porque la psicología entró en la clínica por la puerta de la enfermedad, y ellas juegan un papel importante en la etiopatogenia, desarrollo y desenlace de las principales afecciones crónicas.

Las emociones también se han investigado desde la perspectiva de la calidad de vida en salud, como indicadores de malestar-bienestar y adaptación a las enfermedades crónicas (Grau y Martín, 1994). Se considera que no solo son importantes las emociones del enfermo, sino también de su familia y en especial del cuidador principal (Velasco Ramírez, Grijalva & González Pedraza Avilés, 2015); incluso es reconocida su incidencia en la prestación de servicios de salud, pues los profesionales en tanto humanos, también tenemos que lidiar con nuestra propia emocionalidad en la interacción con los pacientes y sus familiares en las diferentes fases del proceso terapéutico (Cruz *et al*, 2010; Molina, Ianez y Uribe, 2005; Uribe, Martínez y Rodríguez, 2013).

En las últimas décadas, se ha comenzado a prestar atención al papel de las emociones positivas en el proceso salud enfermedad, pues ellas pueden jugar un rol protector. Por ejemplo, Tajer (2012) hace una revisión de publicaciones y meta-análisis de investigaciones sobre la relación entre afectividad positiva y salud cardiovascular y plantea que los datos actuales apuntan a que los afectos positivos se asocian con respuestas biológicas que pueden redundar en un desarrollo menor de aterosclerosis y enfermedades en general, además de que se asocian con otras conductas que son beneficiosas como la tendencia a cuidar la salud, adoptar hábitos alimentarios y de ejercicio, cumplir con las medidas de prevención y los tratamientos y, adoptar decisiones apropiadas ante problemas de salud.

De hecho, en la actualidad (DeSteno, Gross & Kubzansky, 2013) se ha definido que hay tres temas que pueden guiar la mejor manera de ampliar nuestra comprensión del papel de las emociones en el proceso salud-enfermedad: 1) la necesidad de utilizar un enfoque basado en la diferenciación de las emociones; 2) la necesidad de considerar los posibles efectos de oposición y sinérgicos de las emociones, que pueden ocurrir en paralelo, y 3) la necesidad de examinar el impacto de emociones con respecto a la regulación del comportamiento tanto a nivel intra como interindividual.

Desde este marco, se propone que es importante distinguir los posibles efectos directos de las emociones en la salud (como por ejemplo, la configuración de las respuestas fisiológicas); de los efectos indirectos (como por ejemplo, su influencia en la toma de decisiones y como guías del comportamiento).

#### *Comportamientos, promoción de salud y prevención de enfermedad*

Como ya se dijo, las personas se mantienen sanas, se enferman, se curan o se empeoran entre otras razones, porque hacen o dejan de hacer cosas que afectan su salud, de ahí la importancia que se le ha concedido al estudio del comportamiento humano y de los factores que lo determinan.

Para los partidarios del enfoque conductista, el objeto de estudio de la psicología en las enfermedades crónicas son las conductas relacionadas con la afección. Entre ellas resultan de interés las conductas de enfermedad, que tienen una fuerte determinación cultural y son los modos mediante los cuales la persona demuestra que está enfermo como por ejemplo, en nuestra cultura occidental, la disminución del nivel de actividad, la ausencia al trabajo, la búsqueda e ingestión de fármacos, etc. (Ballester, R., 1993). Resultan de particular interés las conductas de riesgo, que han recibido una importante atención desde la Epidemiología, como las adicciones, la conducta alimentaria, etc. pues se consideran que su control permitiría incidir de manera importante en la morbilidad de las enfermedades crónicas. El reverso de las conductas de riesgo serían las conductas saludables, como la práctica de actividad física y la alimentación sana que han sido denominadas “inmunógenos conductuales” (OMS, 2014).

Un área importante de las intervenciones psicológicas es, por tanto, la promoción de salud y la prevención de enfermedades crónicas. Conviene dejar claro en este punto que no es responsabilidad exclusiva de la psicología lograr el cambio conductual pues como sabemos, el comportamiento está multifactorialmente determinado. La responsabilidad individual solo puede ejercerse plenamente cuando los individuos gozan de acceso equitativo a una vida sana y disponen de apoyo para tomar decisiones saludables, por lo que es importante el compromiso de los gobiernos y la sociedad en general (OMS, 2014).

Las teorías psicológicas más difundidas sobre comportamiento y salud se centran en el papel de los factores conscientes, reflexivos (como por ejemplo, las intenciones de comportamiento o las percepciones de riesgo) en la predicción y el cambio de conducta, pero actualmente se sostiene que la investigación sobre las decisiones de salud, acciones, y los resultados se vería enriquecido además por una mayor consideración de los procesos no conscientes, pues las acciones no solo son guiadas por un sistema consciente, reflexivo, basado en reglas, sino también por un sistema asociativo no consciente y en muchas ocasiones impulsivo o compulsivo (Sheeran, Gollwitzer & Bargh, 2013).

*Problemas metodológicos y prácticos*

Ante los gerentes, administradores y el personal “tradicional” de salud (como los médicos y enfermeras) se alza el desafío al diálogo y la convivencia con profesionales que poseen un lenguaje y un enfoque distinto de los problemas de la salud humana. Este enfoque puede devenir en un enjuiciamiento de su práctica profesional y obligarlos a reconceptualizar fenómenos y modos tradicionales de operar, lo que sin duda es beneficioso para el desarrollo, pero no deja de resultar inquietante.

Sin embargo, a mi juicio, los desafíos más difíciles se plantean a los propios psicólogos. Uno de los principales es el del trabajo multidisciplinario, que se presenta a los profesionales de la salud como un reto a la flexibilidad de pensamiento, a la capacidad de organización y a las habilidades para comunicarse con otros especialistas y con los propios pacientes.

De hecho, la inclusión de los psicólogos en los equipos de atención a los enfermos crónicos le ha conferido a este profesional un puesto de avanzada en la “lucha” por la multidisciplinariedad. Esto ha representado y representa una demanda de alta complejidad para los psicólogos pues de hecho ni nosotros, ni los restantes miembros del equipo, ni los sistemas sanitarios, estamos adecuadamente preparados para enfrentar este tipo de enfoque que en la mayoría de los casos es más declarativo que real.

En una investigación realizada hace algunos años con médicos de diferentes especialidades, psicólogos, enfermeras y otros profesionales de la salud dedicados a la atención al dolor, encontramos que los factores que dificultaban la interacción multidisciplinaria en la atención a los pacientes con dolor eran: ausencia de un lenguaje común, desconocimiento sobre los recursos y los límites de las diferentes especialidades, prejuicios sobre los otros profesionales y que no existen actividades institucionales dirigidas a propiciar la interacción multidisciplinaria, sobre todo en el nivel secundario y terciario de atención (Zas Ross, Martin Carbonell, Rial Blanco & Grau Abalo, 1995).

Otro problema práctico es que los enfermos “somáticos” pueden ser muy diferentes a los pacientes “mentales” que se ven tradicionalmente en los servicios de Psicología Clínica y Psiquiatría en dos aspectos fundamentales: el grado y tipo de trastorno psíquico que presentan; y las creencias y expectativas con respecto a la atención psicológica.

Se supone que el paciente que acude a los servicios de un psicólogo clínico (hablo de la psicología clínica tradicional en el ámbito de la salud mental) es porque presenta algún tipo de trastorno psíquico que le molesta a él o que afecta a los sujetos de su entorno (familia, comunidad, etc.). En la mayoría de los casos el paciente supone que “hay algo en su cabeza que no funciona bien” y acude voluntariamente; en el peor de los casos, es llevado por algún familiar o persona cercana. Un diabético, un asmático o una persona que padece de artrosis no necesariamente sufre algún tipo de malestar emocional ni presenta comportamientos considerados “anormales” por él o por sus otros significativos. De hecho, en nuestra sociedad se le adjudican al “rol de enfermo”, comportamientos que pueden ser perjudiciales para la evolución del padecimiento (como la pasividad, el consumo indiscriminado de fármacos, la evitación de la actividad, etc.) pero que son considerados “normales” por la población.

De esta manera, la indicación de que el paciente debe ser valorado por el psicólogo asume para el enfermo y sus familiares connotaciones ambiguas y amenazadoras que muchos de ellos no están preparados para afrontar. Este carácter potencialmente amenazante de la visita al psicólogo subyace en las representaciones sociales predominantes acerca de la “enfermedad física vs enfermedad mental” que resta legitimidad e importancia a los síntomas y quejas del enfermo si existe la sospecha de que ellos están psíquicamente determinados. Por tanto, entre el momento en que el sujeto es remitido a la consulta de Psicología y el momento en que es valorado por el psicólogo existe un proceso de toma de decisión acerca de si va a aceptar o no la valoración psicológica y que determina en gran medida la actitud que el paciente tendrá ante esta valoración, la información que está dispuesto a suministrar, la imagen que pretenderá ofrecerle al terapeuta y la disposición a aceptar los tratamientos psicológicos. En una investigación sobre la aceptación de la atención psicológica por personas con enfermedades reumáticas, encontramos que un tercio de las personas que fueron remitidas al psicólogo no entendían por qué y acudían a la primera consulta “por disciplina” (Martín Carbonell, 2002)

Otro importante reto se deriva de la actual organización de los servicios de salud y del estatus de los psicólogos en los centros de salud. En nuestro medio (y me refiero a los países “occidentales” y no solo a Latinoamérica), tanto entre el personal de salud como en la población prevalece aún el modelo médico tradicional y el dualismo cartesiano mente-cuerpo. De esta ideología sobre la enfermedad no estamos exentos ni aún los propios psicólogos y ella matiza el reconocimiento y las representaciones sociales que existen acerca de nuestro trabajo, lo que genera confusión con respecto al papel que este profesional juega en el equipo multidisciplinario. Salvo contadas excepciones, el psicólogo es visto como un profesional de “segunda clase”. Amén de los problemas profesionales que se derivan de esta situación, este rol de “paramédico” tiene importantes repercusiones en la organización de los servicios psicológicos, limitando los aportes que la Psicología puede hacer. En otras palabras, la intervención psicológica se considera prescindible y secundaria y no todos los pacientes se benefician de ella.

También nos genera un desafío el que al ampliarse el espectro de acciones del psicólogo, se modificó también el “locus” habitual de trabajo: la consulta. En los hospitales, el psicólogo tiene que trabajar con el enfermo hospitalizado y adaptarse a la disciplina y la dinámica particular del trabajo en estas instituciones. En la atención primaria muchas veces el trabajo se hace en las casas de las familias y en la comunidad. En este marco institucional, las intervenciones psicológicas deberán integrarse a la dinámica de la organización del trabajo y a las normas de disciplina propias del medio.

Por otra parte, aunque se considere que los factores psicológicos intervienen en el curso de todas las enfermedades, es necesario definir la naturaleza y la complejidad de las intervenciones psicológicas que se requieren para los distintos pacientes, en las diferentes enfermedades y en los diversos momentos o estadios de su evolución. De hecho, la intervención psicológica no es exclusivamente una tarea de los psicólogos. El resto de los miembros del equipo de salud también ejecutan este tipo de intervenciones, de forma premeditada o involuntaria.

De los problemas conceptuales y prácticos identificados, se derivan un conjunto de retos metodológicos involucrados en la selección de los procedimientos de evaluación e intervención, ya



que la mayoría de las técnicas disponibles fueron pensadas para ser ejecutadas desde la privacidad y aislamiento del consultorio con un “enfermo mental” o cuando más, con su familia.

La práctica de la psicología ha mostrado que es posible que un mismo problema de salud sea conceptualizado (y por ende, evaluado y tratado) desde enfoques diferentes y hasta contradictorios, con buenos resultados. Incluso terapeutas de la misma orientación ven en los mismos pacientes distintos problemas y tareas. Es más, la propia experiencia vital del terapeuta (que conforma también su ideología sobre la salud y la enfermedad, lo normal y lo anormal, etc.) influye para que en diferentes momentos conceptualice de forma distinta el mismo problema.

La psicología basada en la evidencia es un modelo metodológico que pretende legitimar tratamientos y teorías que presenten pruebas empíricas que respalden sus resultados. Actualmente, en ciertos países como Estados Unidos o Inglaterra, los tratamientos psicológicos que cumplen los requisitos derivados de este sistema son admitidos como tratamientos de elección en la mayoría de servicios públicos y privados de salud.

Se considera que los tratamientos pueden ser: 1. Eficaces, si realmente han obtenido resultados positivos para los usuarios, en investigaciones controladas. 2. Efectivos, si son útiles en la práctica clínica habitual. 3. Eficientes, si su aplicación obtiene los mayores beneficios y menores costes que otras alternativas al problema (Moriana & Martínez, 2011). Para la clasificación del nivel de la evidencia conseguida, los criterios propuestos por Chambless, D.L. y Hollon, S., (1998) han sido los más utilizados. En ellos se distingue entre tratamientos bien establecidos y tratamientos probablemente eficaces.

Aunque es indudable la importancia de identificar los tratamientos más eficaces, efectivos y eficientes, a este enfoque metodológico se le señala, entre otras debilidades: la dificultad de establecer una buena comprobación experimental de la eficacia (sobre todo con el manejo de grupos control), las diferencias en los criterios para diseñar guías de tratamiento (sobre todo para las psicoterapias), la generalización de resultados, y la distancia y falta de coordinación entre el ámbito científico y el aplicado de la práctica clínica (Moriana & Martínez, 2011). Además, la mayoría de los estudios se centran en los trastornos mentales, aunque por ejemplo, es posible encontrar en la web de National Institute for Health and Care Excellence (NICE) evidencias sobre técnicas para mejorar la adherencia terapéutica, para depresión asociada a problemas físicos de salud, bienestar mental en personas mayores, intervención en la escuela para prevenir el consumo de alcohol, entre otras (NICE, s.f.)

Por otra parte, también hay suficiente evidencia acerca de que los determinantes del éxito terapéutico hay que buscarlos más que en las técnicas, en las características del paciente, del terapeuta, en los mecanismos y procesos terapéuticos y en la propia relación terapéutica (Labrador J.F. y Crespo M., 2012).

En la práctica, la selección de los contenidos y los procedimientos de intervención dependerá también de las creencias y expectativas de los diferentes sujetos implicados en el proceso de intervención psicológica: la población, el personal de salud y los propios psicólogos. Determinados procedimientos psicológicos, por diversas razones, gozan de un mayor o menor reconocimiento popular en ciertas épocas y lugares. Técnicas como la hipnosis, por poner un ejemplo, son defendidas o atacadas no solo

por los especialistas, sino también por los propios medios masivos de difusión y por la “voz popular”. La credibilidad de un procedimiento de intervención psicológica, los mitos que lo rodeen, el acceso a la información científica actualizada sobre sus efectos, etc. son variables que deben tenerse en cuenta a la hora de elegir las técnicas a aplicar.

De esta forma, la validez clínica y social de las metas de tratamiento no puede predeterminarse en abstracto. Se trata de establecer para qué problema, para qué paciente, en qué momento, en qué contexto y con cuál profesional.

Por esta razón no es posible dejar de tener en cuenta las particularidades del ejercicio profesional de la Psicología de la Salud en el contexto latinoamericano. Nuestro entorno se caracteriza por sobrepoblación, pobreza y bajo nivel educativo, deterioro ecológico y elevada contaminación ambiental, elevado porcentaje de población infantil, concentración en grandes urbes, dispersión rural, esperanza de vida contrastante en sectores poblacionales, problemas de vivienda y de oferta en servicios urbanos, reducida inversión en gastos públicos en salud y dificultad en capacidad familiar para pagar servicios, con prevalencia de un perfil epidemiológico mixto, en el que coexisten las enfermedades transmisibles y no transmisibles con los problemas de violencia y salud mental según sectores socioeconómicos, así como el crecimiento de conductas antisociales, delictivas y adictivas (OPS, 2002).

Con respecto al ejercicio de la Psicología de la Salud, Grau y Hernández (2005) plantean que son comunes a nuestros países: la formación de recursos humanos en un modelo medicalizado, la inserción de jóvenes profesionales en un sistema de salud que descuida la visión colectiva de salud y las herramientas de promoción/prevención; la inhabilidad para dar respuesta a nuevas demandas que desbordan el área de la “salud mental”; las proyecciones de Psicología de la Salud desde el área académica y no desde dentro del sistema de salud; y la necesidad de reciclaje técnico y conceptual de los psicólogos que trabajan en las instituciones y sistemas sanitarios.

Investigaciones acerca estado de la investigación de la psicología clínica y de la salud latinoamericana (Martín Carbonell, 2014; Vera-Villaroel, López-López, lillo & Silva, 2011; López, Silva, García Cepero, Bustamante & López, 2011; Manzano-Arrondo, 2010; Rey-Anacona, Martínez Gómez y Guerrero Rodríguez, 2009) muestran como tendencias el predominio de investigaciones realizadas desde las universidades, con enfoque cuantitativo como metodología para la investigación, estudios descriptivos con muestras por conveniencia, generalmente de adultos; enfoque cognitivo-conductual como sustento teórico; e interés en técnicas de evaluación, con una buena cantidad de estudios de validación.

Un análisis de las razones que explican lo anterior desbordaría los límites de este trabajo, pero quisiera llamar la atención sobre factores ajenos al desarrollo de la ciencia que según Gallegos, Berra, Benito & López López (2014; p. 108) explican que “las actuales condiciones de producción intelectual son definidas por un aumento de la competitividad entre pares académicos...”

Esto no es exclusivo de nuestra disciplina. Como reconoce Ioannidis (2014; p. 189) “... existen pruebas que indican que quienes revisan las solicitudes de financiamiento tienen currículos muy modestos y la mayoría de los científicos de mayor influencia no participan en el arbitraje de las solicitudes de

financiamiento ni reciben fondos del gobierno, incluso en los Estados Unidos, lo que indiscutiblemente tiene en este momento un gran impacto científico en cualquier país”.

### **Conclusiones**

Una de las tareas presentes y futuras de la Psicología de la Salud en el ámbito de la de la promoción de salud, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades crónicas, es la de ir creando su propio aparato conceptual y metodológico.

Nos corresponde establecer los parámetros para la elaboración de un concepto sobre la salud y la enfermedad que permita fijar las metas de nuestra acción y de esta manera, contribuir a que los sistemas sociales de cuidados de la salud puedan llegar a definiciones más precisas y útiles.

También queda claro que la intervención psicológica es multifactorial pues son múltiples los beneficiarios, los responsables, los contextos y los métodos. Es posible que en el futuro se puedan proponer uno o más conceptos que permitan clasificar los problemas en función de parámetros relevantes para la intervención psicológica (p.ej: el grado y tipo de incapacidad residual, las demandas que exige la enfermedad en cuanto a modificaciones de estilo de vida, la inminencia de la amenaza percibida a la supervivencia, la presencia de dolor, etc.)

Se han abierto nuevos caminos para la investigación y la práctica al incrementarse nuestros conocimientos sobre los diferentes niveles de determinación del comportamiento que van desde lo genético a lo macrosocial, pasando por el papel de los procesos y estados psíquicos inconscientes y reflexivos, aceptando la interrelación entre lo cognitivo y lo afectivo y el carácter activo y transformador del psiquismo, que no es solo un simple “reflejo” de lo que está afuera, sino el constructor de realidades internas y externas.

Se reconoce que en los últimos tiempos en Latinoamérica ha comenzado la disminución del distanciamiento entre la formación académica y el ejercicio profesional para la solución de demandas socio-sanitarias y se ha producido un incremento de proyectos, resultados de investigaciones y estudios psicosociales con proyección transdisciplinaria, multisectorial y transcultural, sin abandonar la especificidad de cada país o región (Morales-Calatayud, 2012; Grau-Abalo, Infante-Pedreira & Díaz -González, 2012), pero aún nos queda mucho camino por recorrer. Sería promisorio investigar qué aportes prácticos, metodológicos y conceptuales pueden extraerse de la experiencia acumulada, qué vías y métodos han permitido el acceso a este conocimiento y qué repercusiones ha tenido esta manera de proceder en la calidad de la asistencia psicológica, en el estatus profesional y en la imagen del psicólogo.

La psicología científica está naciendo en un parto doloroso y traumático. En su doble carácter de disciplina científica y profesión, la Psicología de la Salud deberá ser construida desde la práctica en los sistemas de salud, lo que no niega el valor que pudieran tener contribuciones provenientes del ámbito académico. Los psicólogos que trabajamos estas áreas de acción emergentes deberemos asumir esta oportunidad y estos retos.

## Bibliografía

- Ballester, R. (1993). Conducta de enfermedad. La búsqueda de una identidad. *Boletín de Psicología*, 38: 63-88.
- Burke, A. L. J., Mathias, J. L., & Denson, L. A. (2015). Psychological functioning of people living with chronic pain: A meta-analytic review. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(3), 345–360. <http://doi.org/10.1111/bjc.12078>
- Chambless, D.L. y Hollon, S. (1998). Defining empirically-supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Cruz González, J. (2013). Las agresiones y abusos sexuales en la infancia y su repercusión psicosomática en la edad adulta Toko - Gin Pract, CXLVI 72 (5), 143-147.
- DeSteno, David; Gross, James J.; Kubzansky, Laura. (2013). Affective science and health: The importance of emotion and emotion regulation. *Health Psychology*, 474-486. doi:10.1037/a0030259.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. & Cruz, M. (2014). Contributions and limitations of DSM-5 from Clinical Psychology. . . *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.
- Gallegos, M., Berra, M., Benito, E. & López López, W. (2014). Las nuevas dinámicas del conocimiento científico y su impacto en la psicología Latinoamericana. *Psicoperspectivas*, 13(3), 106-117. Disponible en HYPERLINK "<http://www.psicoperspectivas.cl>doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE3-FULLTEXT-377" <http://www.psicoperspectivas.cl>doi:10.5027/PSICOPERSPECTIVAS-VOL13-ISSUE3-FULLTEXT-377
- Grau J. A. y Hernández E. (2005). Psicología de la Salud. Aspectos históricos y conceptuales. En E. Hernández y J. Grau (Eds.) *Psicología de la Salud. Fundamentos y aplicaciones*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara
- Grau, J.A., Duque, A.M. y Mas, M. (1987). "Personalidad y enfermedad: un nuevo enfoque en la investigación de distintos enfermos" en J. Grau, C. Cunill y A. Casal (eds.) *La atención psicológica en los Hospitales Clínico Quirúrgicos: Apuntes de un Taller Pre-Congreso*. La Habana: Palacio de Convenciones.
- Grau, J. A. y Martín, M. (1994). La investigación psicológica de los enfermos crónicos: una revisión. *Rev. Psicología y salud* 1 (1), 137-150
- Hofmann, S. G. (2014). Toward a Cognitive-Behavioral Classification System for Mental Disorders. *Behavior Therapy*, 45(4), 576–587. <http://doi.org/10.1016/j.beth.2014.03.001>
- Ioannidis JPA (2014). How to make more published research true. *PLoS Med.*; 11(10). e1001747. doi:10.1371/journal.pmed.1001747. Publicado en español en *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*. 2015;26(2):187-200
- Jadad, A.R., Cabrera, A., Martos, F., Smith, R., Lyons, R.F. (2010). *Cuando las personas viven con múltiples enfermedades crónicas: aproximación colaborativa hacia un reto global emergente*. Recuperado el 16 de agosto de 2015, de Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas -OPIMEC: <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-mu>
- Labrador, J.F. y Crespo, M. (2012). *Psicología Clínica basada en la Evidencia*. Madrid: Pirámide.
- Lillo, S. & Martini, N. (2013). Principales Tendencias Iberoamericanas en Psicología Clínica: Un Estudio Basado en la Evidencia Científica. *Terapia psicológica*, 31(3), 363-371. Recuperado en 04 de agosto de 2015, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-48082013000300011&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082013000300011&lng=es&tlng=es). 10.4067/S0718-48082013000300011.
- López, W., Silva, L.M., García-Cepero, M. C., Bustamante, M. & López, E. A. (2011). Retos para la colaboración nacional e internacional en la psicología latinoamericana: un análisis del sistema RedALyC, 2005-2007. *Estudios de Psicología (Natal)*, 16(1), 17-22. Retrieved August 04, 2015, from

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2011000100003&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-294X2011000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000100003&lng=en&tlng=pt.10.1590/S1413-294X2011000100003).

Manzano-Arrondo, V (2010). La realidad significativa de investigación a través de las bases de datos. *Revista Salvadoreña de Psicología*, 20-34.

Martín Carbonell, M. (2002). La evaluación psicológica del dolor crónico : estrategias para nuestro medio. Tesis doctoral no publicada. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. DOI: 10.13140/RG.2.1.4976.8805

Martín Carbonell, M. (2014) Revisión sistemática cualitativa sobre la investigación en Psicología del dolor en América Latina. Resultados preliminares. Ponencia presentada en la VII Conferencia Internacional de Psicología "Hóminis". La Habana: Palacio de Convenciones.

Martín Carbonell, M, Riquelme Marín, A. y Lechuga, M. (2013). Factores psicológicos asociados al cumplimiento terapéutico en personas con múltiples enfermedades somáticas crónicas. *Psicología y Salud*, 62-68. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/291/29117107.pdf>

Molina Linde, J. M., Iañez Velasco, M. A. y Uribe Rodríguez, A. F. (2005). Sobrecarga en cuidadores de enfermos de Alzheimer: Distrés psicológico y factores moduladores. *Geríatrika*, 21 (3), 27-36.

Morell Sixto, M.E., Martínez González, C., Quintana Gómez, J.L. (2009 ). Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. . *Rev Pediatr Aten Primaria* , 491-512.

Moriana, Juan A.; Martínez, Víctor A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, v. 16, n. 2, p. 81-100. Obtenido de <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/download/10353/9891>

NICE (s.f) All NICE guidelines. <http://www.nice.org.uk/Guidance>

Salud, O. M. (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO\\_NMH\\_NVI\\_15.1\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1)

Salud, O. P. (2002). *Cuidado innovador para las condiciones crónicas. Agenda apra el cambio*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.

Services, U. D. (2013). *Brain Initiative: Brain Research through Advancing Innovative Neurotechnologies (BRAIN) Initiative"*. . Obtenido de <http://www.nih.gov/science/brain/index.htm>

Sheeran, P., Gollwitzer, P. M., & Bargh, J. A. (2013). Nonconscious processes and health. *Health Psychology*. Sheeran, Paschal: Department of Psychology, University of Sheffield, Sheffield, United Kingdom, S10 ZTP, p.sheeran@sheffield.ac.uk: American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/a0029203>

Velasco Ramírez, J. F., Grijalva, M. G., & González Pedraza Avilés, A. (2015). Repercusiones del cuidar en las necesidades básicas del cuidador primario de pacientes crónicos y terminales. *Medicina Paliativa*, 22(4), 146-151. <http://doi.org/10.1016/j.medipa.2015.01.001>

Rey Anacona, C.A., Martínez Gómez, J.A. y Guerrero Rodríguez, S.I. (2009). Tendencias de los Artículos en Psicología Clínica en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 61-71.

Rodríguez Campuzano, M.L. y Frías Martínez, L. (2005). Algunos factores psicológicos. *Psicología y Salud*, 169-186.

Rosenberg, C.E. (1987). "The cholera years: The United States in 1823, 1849 and 1866". (2da. ed.). Chicago: *University of Chicago Press*.

Tajer, C. D. (2012). Alegría del corazón. Emociones positivas y salud cardiovascular. *Rev. argent. cardiol.* [online].80 (4), 325-332. Recuperado en

<[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1850-37482012000400015&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482012000400015&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1850-3748.

Uribe, A.F., & Martínez, A.M. (2013). Factores de riesgo intralaboral en una institución de salud nivel III de la ciudad de Bucaramanga. Ponencia III Congreso de Psicología Colpsic-Ascofapsi. Septiembre 5, 6 y 7 de 2013.

Vera-Villarroel, P., López-López, W., Lillo, S. y Silva, L.M. La producción científica en psicología latinoamericana: Un análisis de la investigación por países. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2011, 95-104

Zas Ross, B., Martín Carbonell, M., Rial Blanco, N., & Grau Abalo, J. (1995). El tratamiento psicológico del dolor. Un programa para el desarrollo de habilidades para el trabajo multidisciplinario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27(1), 9–24. Retrieved from <Go to ISI>://A1995QR13400001