

Escuela Nacional de Salud Pública

## ***APLICACIONES DE LA PSICOLOGÍA EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD***

*Libertad Martín Alfonso*<sup>1</sup>

**RESUMEN:** El presente trabajo fundamenta la proyección salubrista de la Psicología de la Salud como rama aplicada de la ciencia psicológica. Se analiza el sistema conceptual y metodológico que se utiliza para abordar los aspectos psicológicos que intervienen en el proceso salud enfermedad, desde la promoción de estilos de vida saludables, la adopción de conductas preventivas, la optimización del diagnóstico y el tratamiento, la rehabilitación del enfermo, hasta los aspectos relacionados con el cuidado del paciente terminal. La Psicología de la Salud juega un importante papel desde la prevención primaria de la salud hasta ayudar a bien morir.

**DeCS:** PROCESO SALUD-ENFERMEDAD; PSICOLOGIA MEDICA; PSICOLOGIA CLINICA, ESTADO DE SALUD, MEDICINA PREVENTIVA, PROMOCION DE LA SALUD; ENFERMO TERMINAL/Psicología.

### ***INTRODUCCIÓN***

La Psicología de la Salud es el producto de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en el proceso salud-enfermedad en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población. Ha sido un resultado natural de las propias limitaciones del modelo biomédico, del fracaso de los sistemas sanitarios con una concepción restrictiva y descontextualizadora de la salud y de la posibilidad que se abre cada vez más de comprender cómo las variables sociales y personales mediatizan este proceso.

Su desarrollo ha sido notable; la rapidez de su crecimiento se evidencia en el incremento de publicaciones especializadas en el ámbito internacional, se celebran congresos donde los trabajos en este campo ocupan un lugar importante, crece la preparación de recursos humanos con programas de maestrías, especialidad y la incorporación del psicólogo a las investigaciones en todas las especializaciones médicas y momentos del proceso salud-enfermedad es cada vez mayor. Ninguna otra aplicación de la Psicología ha tenido un desarrollo tan amplio en un período tan breve de tiempo.

Esto se relaciona con las particularidades de su objeto de estudio, al definirse como una rama aplicada de la Psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos del proceso salud-enfermedad y de la atención a la

salud. Le interesan todos los aspectos psicológicos que intervienen en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se manifiestan en la prestación de servicios de salud a la población.<sup>1</sup> En el plano práctico se expresa en un modelo que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la atención de los enfermos y las personas con secuelas, y la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de la población.

La Psicología de la Salud tiene sus antecedentes teóricos y prácticos en los modelos de Psicología Clínica, Psicología Médica, Medicina Conductual y Psicología Comunitaria. La Psicología Clínica es el más viejo de estos modelos y comienza desde finales del siglo XIX, asociado al trabajo de instituciones para enfermos mentales; es un modelo centrado en la enfermedad más que en la salud, enfocado hacia el individuo, hacia la enfermedad «mental» y estrechamente asociado a la psiquiatría. La Psicología Médica se dirigió a la aplicación del conocimiento psicológico a la comprensión de las manifestaciones emocionales y de comportamiento de los enfermos, al análisis de la participación del psiquismo en el origen de las enfermedades de expresión somática y al estudio de la relación médico-paciente; tuvo como virtud reclamar como un objeto de trabajo a las personas con enfermedades del cuerpo.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Profesora Auxiliar. Máster en Psicología de la Salud.

La Medicina Conductual comenzó como una continuidad del modelo de Psicología Médica, y destaca el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y manifestaciones de las enfermedades y busca medios a través de los cuales los cambios en el comportamiento pueden desempeñar una función útil en el tratamiento y la prevención de enfermedades, mientras que la Psicología Comunitaria desarrolla un enfoque social y comunitario para la atención a los problemas de salud; sin embargo ha quedado vinculada más a la llamada salud mental que a la salud en general.<sup>2</sup>

Estos antecedentes permitieron el surgimiento de un concepto de mayor amplitud que es, la Psicología de la Salud, a la que le interesa todo lo relacionado con variables psicológicas en el proceso salud enfermedad, y se ocupa no solo de la atención o curación de los enfermos; contiene la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades; se relaciona con todos los problemas de salud, no solo con la salud mental; tiene como ámbitos de actuación todos los niveles de atención y su enfoque no está centrado sólo en el individuo, incluye el trabajo con la familia y la comunidad. Además, es parte de ella, el estudio de los factores subjetivos que intervienen en el funcionamiento de las organizaciones laborales de salud y sus trabajadores. Por último, por denominarse Psicología de «la Salud», no se refiere sólo a la parte positiva del proceso, es Psicología aplicada a la salud, la enfermedad, y también a sus secuelas.<sup>2</sup>

Stone considera que la Psicología de la Salud comprende cualquier aplicación de los conceptos o métodos psicológicos a cualquier problema surgido en el Sistema de Salud, no sólo en lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la Salud Pública, la educación para la salud, la planeación, el financiamiento, la legislación sobre salud y otros componentes de este tipo en todo el sistema.<sup>2</sup>

El presente trabajo abordará, su incidencia en el modelo hipotético de progreso de cualquier enfermedad. Se pretende realizar un análisis de las principales categorías, modelos y enfoques que se utilizan para el abordaje de los aspectos psicológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad, desde la promoción de estilos de vida saludables, la adopción de conductas preventivas, la optimización del diagnóstico y el tratamiento, la rehabilitación hasta problemas relacionados con el cuidado del paciente en fase terminal y la muerte.

## DESARROLLO

El antecedente para este análisis surge de la epidemiología clásica, donde se reconoce que la enfermedad como cualquier otro evento que ocurre en la naturaleza, tiene una historia natural de evolución. Este esquema propone un período de prepatogénesis, en términos de prevención primaria es aquello que ocurre antes de que se den los primeros síntomas de deterioro de la salud, donde existe un anfitrión humano y factores medio ambientales que facili-

tan o potencian el efecto de estímulos patógenos cotidianos desde antes de enfermarnos.

Existe un momento, en el cual se da un umbral o punto de corte donde termina el período de prepatogénesis y se inicia uno de patogénesis, aquí se comienza a hablar del desarrollo de la enfermedad, con evolución de síntomas tipificables. El panorama clínico muestra una patogénesis temprana, la cual los médicos insisten en descubrir lo antes posible. El padecimiento puede evolucionar hasta un extremo, a partir de la interacción entre el anfitrión humano y los estímulos patógenos. Después se tiene ya una enfermedad temprana perceptible, que en dependencia de la intervención se convierte en enfermedad avanzada, que puede a su vez desencadenar en estado crónico, incapacidad o llevar a la muerte, o lo contrario, si hay intervención adecuada se puede lograr la recuperación en cualquiera de sus estadios.

A partir de esto, se propone un modelo hipotético de progreso de cualquier enfermedad y sus derivaciones hacia determinados temas o aspectos que aborda la Psicología de la Salud (Conferencia impartida por el profesor J. Grau Abalo, en la maestría de Psicología de la Salud. Facultad de Salud Pública, octubre de 1996). Este puede sintetizarse así:

1. Salud.
  - Conducta saludable.
  - Modelos salutogénicos.
  - Modelos de creencias de salud.
  - Factores de riesgo. Estrés. Variables personales.
2. Enfermedad asintomática susceptible de ser detectada. Problemas psicológicos de los programas de *screening*.
3. Enfermedad sintomática aún no diagnosticada. Búsqueda de ayuda médica. Atribuciones, estigmas.
4. Enfermedad manifiesta en el momento del diagnóstico. Comunicación del diagnóstico. Dolencia. Enfermedad. Rol de enfermo.
5. Desarrollo de la enfermedad. Influencia del tratamiento. Adherencia terapéutica. Recuperación. Estado crónico. Adaptación y ajuste a la enfermedad.
6. Calidad de vida del enfermo crónico. Enfermedad después del tratamiento. Discapacidad. Rehabilitación. Muerte. Afrontamiento a la muerte.

En un primer momento partimos de un hombre sano, supuestamente saludable y se estudia la forma de favorecer la conservación de su salud. Puede deducirse que a la Psicología corresponde un papel decisivo en el esclarecimiento de los problemas que están más relacionados con los estilos de vida y en la búsqueda de medios eficaces para la promoción de salud y la adopción de conductas preventivas.

En consonancia con esto, se trabaja por estimular las principales conductas relacionadas con los estilos de vida que constituyen comportamientos protectores, tales como la práctica regular de ejercicios físicos, las prácticas nutricionales adecuadas, la reducción de consumo de sustancias tóxicas, las prácticas de seguridad y protección, prácticas adecuadas de higiene, participación en programas promocionales y preventivos, aprendizaje de recursos personales para minimizar la acción del estrés, uso de servicios sanitarios de la comunidad, entre otros.

Sin embargo, la decisión de las personas de comportarse de un modo saludable y el mantenimiento de estas conductas, está relacionada con múltiples factores donde se interrelaciona el contexto ambiental con variables personales. Uno de los marcos conceptuales más ampliamente reconocidos, ha sido la elaboración de los Modelos de Creencias de Salud, como el de Rosenstok y otros, a partir de los cuales se explica la conducta saludable como una función del vínculo entre la amenaza percibida de la enfermedad y los beneficios esperados con la conducta recomendada, las barreras percibidas y las acciones o estrategias desplegadas para activar la disposición a actuar.<sup>3</sup>

También se ha hecho énfasis en el papel de los factores cognitivos, por ejemplo, la Teoría de la acción razonada supone que las personas hacen un uso racional de la información que poseen y que llevar a cabo un comportamiento depende de las creencias comportamentales y normativas que posee el individuo que le permiten hacer una evaluación positiva o negativa de la conveniencia de la conducta.<sup>4</sup> La Teoría de la Acción Social subraya el papel de los guiones sociales y de los aprendidos en la familia, la relación con los amigos y otros sistemas de relaciones.<sup>5</sup>

Se ha trabajado en la búsqueda de una integración conceptual, al considerar los modelos de aprendizaje, los factores sociales y factores cognitivos (creencias) como determinantes fundamentales del estilo de vida saludable y las claves posibles para el análisis funcional de la conducta preventiva o promotora de salud.<sup>5</sup> Este panorama no ofrece aún respuestas acabadas pero sí el intento de búsqueda, de modelos explicativos que permitan elaborar estrategias de promoción de salud científicamente fundamentadas.

Otra vertiente muy discutida es la que se refiere a los modelos salutogénicos, que sustentan la tendencia a la salud a partir de la elaboración de recursos personales que se convierten en inmunógenos psicológicos, que permiten desarrollar estilos de vida minimizadores del estrés y el desarrollo de competencias para enfrentarse de una manera activa y positiva a situaciones de la vida, con inclusión de la propia enfermedad. Entre estos se encuentra el Modelo de Resistencia Personal, el de Sentido de Coherencia, el Modelo del Optimismo y el novedoso Concepto de Resiliencia.

Entre los factores psicológicos de riesgo para la aparición de enfermedades, el más estudiado por su importancia, ha sido la acción del estrés. Para acercarse a su explicación, se han elaborado varios modelos de estrés que pueden resumirse en 3 enfoques:<sup>6</sup> El enfoque del estrés como res-

puesta a estímulos agresores del medio ambiente (papel de eventos vitales), la concepción del estrés como respuesta psicobiológica del organismo, que ha permitido establecer vínculos entre los acontecimientos vitales y determinadas respuestas psiconeuroendocrinas e inmunológicas y los modelos transaccionales del estrés, que conciben el estrés como un tipo particular de interacción entre el individuo y su entorno y otorgan un papel protagónico a los afrontamientos<sup>7</sup> y a las emociones, como estados psíquicos en los que se fija el estrés. El enfoque, donde se reconoce el papel de las emociones en el proceso de estrés, ha sido ampliado con investigaciones realizadas en nuestro país.<sup>6</sup>

Los estudios del estrés como respuesta psicobiológica del organismo han permitido desarrollar una prometedora rama de la medicina integrada: la psiconeuroinmunología. Los datos empíricos han conducido a su rápido desarrollo en los países occidentales, y definen esta como el estudio de la interacción entre el sistema nervioso central como mediador de procesos tanto psicológicos como biológicos con el sistema inmunitario, responsable no sólo de la resistencia a la enfermedad, sino también de otras funciones biorreguladoras.<sup>8</sup>

La Psiconeuroinmunología ha demostrado en el transcurso de su evolución, la posibilidad de que el sistema inmune esté mediado por factores psicológicos.<sup>9</sup> Ofrece estudiar y explicar la creencia común de que la personalidad y las emociones ejercen alguna influencia sobre la salud, posee además el potencial para desarrollar intervenciones psicológicas que puedan mejorar la inmunidad y por consiguiente modificar la predisposición al inicio y el progreso de las enfermedades tanto infecciosas como de tipo cronicodegenerativas.

Las investigaciones realizadas hasta la fecha permiten afirmar que variables psicológicas son capaces de influir en el sistema inmunitario fortaleciéndolo o debilitándolo y afectando a través de esta vía la salud. Existen numerosas evidencias que demuestran como las situaciones estresantes influyen en el sistema nervioso y pueden llevar a una supresión de la función inmune.<sup>10</sup> Un ejemplo clave es el poderoso impacto de las hormonas que se liberan con el estrés. Mientras estas hormonas aumentan en todo el organismo, la función de las células inmunológicas se ve obstaculizada, así el estrés anula la resistencia inmunológica, al menos de una forma pasajera, pero si el estrés es constante e intenso esta anulación puede volverse duradera.

No menos importante resulta el estudio del papel de la personalidad y la propensión a enfermar. Los reportes de investigaciones apuntan más hacia resultados que avalan la función de las emociones, las cogniciones o los comportamientos de manera aislada. Sin embargo, aunque no se ha investigado siempre la influencia de la personalidad como un todo, sí es importante tener en cuenta el papel de diversos factores personales que hacen pasar de la salud a la enfermedad.

Se han estudiado variables emocionales como ansiedad, depresión, hostilidad, ira, agresividad y se evidencia

que estas constituyen factores predisponentes al distress, facilitan el rol de enfermo, los cambios en el sistema inmune, estimulan conductas no saludables como tabaquismo, alcoholismo y así se convierten en causa indirecta de cáncer y otras enfermedades.<sup>6</sup> Variables cognitivas como determinadas cogniciones disfuncionales, pensamientos automáticos, ideas irracionales desempeñan un papel importante en el inicio y mantenimiento de trastornos emocionales, que a su vez tienen la repercusión antes descrita.<sup>11</sup> Otras cuestiones relacionadas con el comportamiento, tales como hábitos alimentarios inadecuados, cuidado e higiene dental o la preocupación por la apariencia física, tienen un sentido psicológico determinado para el individuo y se reconoce su condición de factores de riesgo para la enfermedad.

A pesar de muchos criterios escépticos, las pruebas de la importancia clínica de las emociones han ido aumentando considerablemente. Se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, cinismo o suspicacia incesante, tienen el doble de riesgo de contraer una enfermedad, incluidas el asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos.<sup>10</sup> Esta magnitud hace pensar que las emociones perturbadoras sean un factor de riesgo tan dañino como el hábito de fumar o el colesterol elevado, en otras palabras, una importante amenaza a la salud.

La ira parece ser la emoción que más daño causa al corazón, pues cada episodio de ira le añade una tensión adicional, y aumenta el ritmo cardíaco y la presión sanguínea. Una vez que se desarrolla la enfermedad cardíaca, la ira es especialmente letal para aquellos que ya la padecen. Estudios de seguimiento durante varios años, realizados con personas que han sufrido un primer ataque cardíaco, demostró que los que se enfurecen fácilmente tenían 3 veces más probabilidades de morir por paro cardíaco, que los temperamentos más serenos.<sup>10</sup>

La ansiedad es tal vez la emoción con mayor peso como prueba científica, al relacionarla con el inicio de la enfermedad y el desarrollo de la recuperación. Cuando la ansiedad ayuda a la preparación para enfrentarnos a alguna situación importante, esta es positiva; pero en la vida moderna es frecuente que la ansiedad sea desproporcionada y se relacione con niveles elevados de estrés. Pruebas evidentes del impacto sobre la salud de la ansiedad han surgido de estudios en enfermedades infecciosas, como resfríos, gripes y herpes, donde la resistencia inmunológica de la persona se debilita, permite la entrada del virus y el inicio de la enfermedad.<sup>10</sup>

Por otra parte, se reconoce el papel que juega la depresión, sobre todo en el empeoramiento de una enfermedad, una vez que esta ha comenzado. Parece tener un riesgo especialmente grave, para los pacientes supervivientes de ataques cardíacos, complica la recuperación de intervenciones quirúrgicas y aumenta el riesgo de muerte en personas con transplantes.

Al igual que la depresión, se han estudiado los costos médicos de la visión mental de la vida pesimista u optimista, así en una investigación con 122 hombres que tuvieron su primer ataque cardíaco, se evaluó su grado de optimismo o pesimismo. Ocho años más tarde, de los 25 hombres más pesimistas, 21 habían muerto; de los 25 más optimistas sólo 6 fallecieron.<sup>10</sup> En estos casos, la visión de la vida resultó ser un mejor pronosticador de la supervivencia que cualquier otro factor de riesgo.

De estos resultados se puede inferir, los beneficios médicos de los sentimientos y las emociones positivas, las ventajas de la percepción optimista y esperanzadora de la existencia, a lo que se une el valor de las relaciones personales como fuentes para compartir los sentimientos íntimos, mantener estrechos contactos afectivos y encontrar apoyo emocional y material. Estas son aristas de la intervención psicológica en individuos supuestamente sanos, con vistas a reducir los efectos nocivos del estrés y contribuir al mantenimiento de la salud, así como a la prevención y la recuperación de las enfermedades.

Existe un momento muy particular, cuando la enfermedad no presenta síntomas visibles y se aplican programas para detectarla. Ej. VIH, cáncer de mama o útero en estadios muy tempranos. En estos programas es importante intervenir con respecto a los costos psicológicos de la participación de la población, por el estrés que provoca la espera de los resultados y el malestar físico y emocional ante los procedimientos. También el riesgo de los falsos positivos con su secuela de miedos y ansiedades durante años y la desconfianza en los servicios de salud. En este sentido se trabaja en la labor publicitaria de los programas, al buscar vías adecuadas para promover las conductas preventivas.

La aparición de los síntomas estimula la búsqueda de ayuda médica y se han investigado los factores que pueden desencadenarla: una crisis interpersonal que sirve para llamar la atención, los síntomas son vistos como signos previos de enfermedades graves que son amenazantes por su naturaleza (ejemplo dolor) o estos amenazan una actividad social importante. Sin embargo, el intervalo de tiempo que media entre el inicio de los síntomas y la decisión del paciente de buscar ayuda médica es variable.

En este proceso inciden factores sociopsicológicos de diferente tipo: valores y creencias individuales y familiares, diferencias economicosociales, situación social concreta en la que aparecen los síntomas, diferencia de sexos y edades, pero muy importantes resultan los problemas psicológicos relacionados con la percepción de la enfermedad, como las atribuciones y los estigmas.

Las atribuciones de grupos poblacionales e individuales con respecto a la salud y a formas específicas de enfermedad, constituyen las llamadas representaciones sociales de las enfermedades. Estas variables psicosociales mediatizan el proceso de búsqueda de ayuda médica. Por ejemplo, las atribuciones acerca del lugar del control (interno o externo) favorecen o no este proceso.

En resumen, todas las enfermedades poseen un conjunto de atributos formados a partir de las interacciones sociales que contienen juicios acerca de la relevancia de los síntomas, la frecuencia de aparición, la visibilidad, el carácter amenazante, y la reversibilidad. Algunos de ellos profundamente desacreditantes, los llamados estigmas que fomentan determinadas actitudes hacia los pacientes que las padecen e imprimen particularidades a las relaciones interpersonales y roles sociales de éstos. Como ejemplo podemos citar las infecciones de transmisión sexual, el SIDA, el cáncer, entre otras.

El tiempo de decisión con su carácter individual y el proceso de evaluación clínica de los síntomas, determinan que la enfermedad pueda permanecer sintomática y sin un diagnóstico preciso durante un tiempo; sin embargo, el desarrollo normal de su evolución lleva al diagnóstico y el paso a otra etapa.

En el momento del diagnóstico se presentan los problemas de su comunicación, en el marco de la relación médico-paciente. Se han investigado aspectos que se deben tener en cuenta, como las características y biografía del paciente, sus necesidades (cuánto y qué quiere saber acerca de su enfermedad), si cuenta o no con apoyo social, si prefiere estar solo o acompañado y se han formulado recomendaciones prácticas, éticas y legales que le imprimen un carácter eminentemente humano a este acto, sobre todo cuando se tiene que manejar la comunicación de un diagnóstico con pronóstico desfavorable.<sup>12</sup>

Una vez que se diagnostica la enfermedad se produce una diferencia subjetiva entre esta y la forma que la percibe el que la padece y el significado que le confiere. El significado personal de la enfermedad influye en la respuesta emocional y las conductas de afrontamiento a ella. Así, esta puede percibirse como un fenómeno altamente estresante, como un reto, una amenaza, una pérdida, un castigo o un beneficio o alivio a responsabilidades, situaciones personales, etc. En función de esto el paciente adopta su rol de enfermo. La aceptación del hecho de estar enfermo, las consecuencias del rol y los deberes de este, son aspectos psicológicos muy importantes para la adaptación y ajuste a la enfermedad, así como para la adherencia al tratamiento.

Ha sido interés sostenido en el área de las ciencias de la salud investigar los móviles que llevan a los pacientes a cumplimentar o no las prescripciones orientadas por los terapeutas. Existen conductas que describen problemas en la adherencia a los tratamientos: dificultades para su inicio, suspensión prematura, cumplimiento incompleto o deficiente de las indicaciones, que se expresan en errores de omisión, de dosis, de tiempo, de propósito (equivocación en el uso de uno u otro medicamento), la ausencia a consulta e interconsultas, la ausencia de modificación de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y con una acentuada connotación se destaca la práctica de automedicación.<sup>13,14</sup>

Las dificultades en el cumplimiento de las indicaciones médicas fueron descritas desde épocas tempranas en la his-

toria de la medicina. Hipócrates ya alertó sobre la falta de fiabilidad de los informes de los pacientes sobre la ejecución de los regímenes terapéuticos prescritos, con el objetivo de evitar recriminaciones de los médicos.<sup>13</sup>

En la literatura médica se emplean indistintamente 2 términos para referirse a este fenómeno: uno es cumplimiento y el otro adherencia. Se define el cumplimiento como el proceso a través del cual el paciente lleva a cabo adecuadamente las indicaciones del terapeuta. Se considera que es la medida donde la conducta de una persona, en término de toma de medicamentos, seguimiento de dietas, o de realización de cambios de estilo de vida coincide con el consejo médico o sanitario.

El término adherencia se entiende como una implicación activa y colaboración voluntaria del paciente en un desarrollo de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado terapéutico deseado. Este último hace énfasis en los componentes psicológicos, sobre todo volitivos del paciente, que lo inducen a estructurar una conducta de cumplimiento, por lo que es cada vez más frecuente su uso en campo de la investigación sobre el tema.<sup>13</sup>

Se han señalado un conjunto de variables de naturaleza social, psicológica, médica y gerencial, como factores determinantes o influyentes en la conducta de cumplimiento de los regímenes terapéuticos. Se considera actualmente, que la combinación de algunos factores o la aparición relacionada de ellos constituyen variables que actúan como factores moduladores de la adherencia, las que se integran en 4 grandes grupos referidos a:<sup>13-15</sup>

1. La naturaleza de la enfermedad.
2. Las características del régimen terapéutico.
3. Las características de la interacción del paciente con el profesional sanitario.
4. Aspectos psicosociales del paciente.

Relacionado con la naturaleza de la enfermedad se destaca el papel del tipo de enfermedad: aguda o crónica, así como la presencia de síntomas de dolor o incomodidad, en la variación de las tasas de cumplimiento. Se ha encontrado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, mientras que las enfermedades crónicas y las asintomáticas presentan las menores y que la gravedad no incide en mayor o menor cumplimiento, si no que depende de la percepción de gravedad que tenga el paciente.

En las características del régimen terapéutico es necesario distinguir, la complejidad, la duración y el tipo de tratamiento, si es curativo, preventivo o rehabilitador. La adherencia disminuye a medida que la terapia se alarga y que se producen tasas más altas en las curativas y rehabilitadoras que en las preventivas. También se destaca la eficacia del tratamiento, la que tiene una relación obvia con el cumplimiento terapéutico y funciona según el principio de extinción; la relación costo-beneficio y la presencia de efectos

secundarios. Los regímenes terapéuticos que provocan efectos secundarios provocan disminución de las tasas de adherencia, pues estos pueden llegar a ser más perturbadores que los síntomas propios de la enfermedad.

Con respecto a la interacción con el profesional sanitario se destacan variables como la satisfacción del paciente y las características de la comunicación que establece con su médico. La satisfacción del paciente consiste en un conjunto de evaluaciones de las dimensiones del cuidado del profesional sanitario y es una respuesta afectiva a esta, donde se distingue la satisfacción específica y la global, la primera determinada por la percepción de las características específicas del profesional de salud y la segunda es una apreciación más general del proceso de interacción.<sup>15</sup> Otro aspecto que se debe tener en cuenta es la comunicación que permite que el paciente pueda comprender la información que se le está dando sobre la prescripción o recomendación y constituye un primer paso para que la acepte, la recuerde y la cumpla.

El cuarto grupo de determinantes está constituido por aspectos psicosociales del paciente. Se reconoce en primer lugar las creencias del paciente asociadas a la percepción de amenaza a la salud o consecuencias ocasionadas por una enfermedad, a la estimación del riesgo de enfermarse, por otro lado a la creencia de la persona de ser capaz de ejecutar la respuesta necesaria y por último a la creencia de que la respuesta será eficaz.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es la motivación del paciente por la salud, las características de sus procesos cognitivos, especialmente la memoria y de las redes de apoyo social con que cuenta para incrementar la ejecución de las prescripciones. El apoyo social puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones terapéuticas, al animar al enfermo a mantener el régimen médico y ejecutar las acciones necesarias para volver a la vida normal. Este puede provenir de la familia, los amigos o grupos de autoayuda.

La adherencia terapéutica se ha estudiado en diferentes grupos de pacientes, en tipos específicos de enfermedades y en todos se evidencia el papel del psicólogo como facilitador del desarrollo de la alianza con el médico y la búsqueda de cooperación del paciente.<sup>16,17</sup>

Si el tratamiento es eficaz se logra la recuperación; sin embargo, muchas veces no ocurre así, la enfermedad continúa evolucionando y en dependencia de la afección en cuestión, pasa a un estado crónico. Una vertiente de trabajo muy importante ha sido la calidad de vida del enfermo crónico, si tenemos en cuenta las implicaciones biológicas, psicológicas y socioeconómicas que esta tiene.

Como resultante de la enfermedad puede aparecer una deficiencia y posterior a esta una discapacidad. La discapacidad se puede presentar en diferentes actividades: conducta, comunicación, locomoción, cuidado personal. La rehabilitación es el componente de la prevención que se

centra en la reducción o eliminación de una discapacidad. Se impone el estudio psicológico de esta esfera, especialmente la integración social, el apoyo familiar y social al discapacitado, así como la evaluación de los programas de rehabilitación en todos sus componentes.

Cuando todos los recursos terapéuticos han sido agotados sin éxito, inevitablemente sobreviene la muerte. La muerte es un proceso que por sí mismo es estresante y tiene, igual que la vida, un condicionamiento histórico-social muy importante. En las últimas décadas ha ido surgiendo una nueva cultura que considera necesario crear un arte humano de morir, que ayude al paciente terminal a encarar la muerte de la mejor manera posible.<sup>18</sup>

La muerte forma parte del mismo proceso de vivir, y constituye una situación límite, íntimamente relacionada con la trayectoria personal, biográfica y las actitudes que ante la vida se hayan tenido. Estas actitudes marcarán las vivencias y orientarán el comportamiento que se manifieste en la fase terminal. Sin embargo, a nadie se le enseña a morir, ni en la escuela, ni en el hogar; los padres no suelen hablar de la muerte con sus hijos, ni los maestros, pero más grave es que los médicos evitan hablar de ello con sus pacientes, de esta forma parece que nuestra cultura ignora la muerte. En ocasiones el propio moribundo inhibe y oculta sus propios sentimientos al respecto.

Generalmente no estamos preparados, ni como profesionales, ni como personas, para afrontar la muerte; sin embargo, el médico no debe nunca desatenderse de la asistencia al enfermo terminal, así como tampoco debe hacerlo la familia. Corresponde a la Psicología de la Salud investigar y elaborar recomendaciones científicamente fundamentadas, que permitan lograr adecuadas estrategias de afrontamiento a la muerte en 3 direcciones:

- La manera como el equipo de salud afronta la muerte del paciente terminal.
- Los afrontamientos de los familiares.
- La manera como el paciente afronta su propia muerte.

El equipo de salud debe desarrollar actitudes caracterizadas por cierta proximidad interpersonal, pero manteniendo un respetuoso distanciamiento, debe centrarse en el enfermo y respetar la intimidad de este. Debe ayudarlo a reorientar su marco existencial y enriquecerlo dentro de lo que sea posible.<sup>18-19</sup>

La familia debe prepararse para que no se le deje solo con su sufrimiento y su atención vaya encaminada a aumentar la calidad de vida y de la muerte del paciente. Debe mostrar apoyo constante, que no es estar al lado del enfermo, sino que este perciba el apoyo y se satisfagan sus necesidades tanto físicas como psicológicas. Debe ayudar al paciente a resolver asuntos pendientes, tanto espiritua-

les como materiales, a encontrar sentido a lo que está ocurriendo, a buscar nuevos y esperanzadores objetivos y de este modo reconciliarse con su situación.<sup>18,19</sup>

El paciente debe tener la posibilidad de vivir a plenitud y con la máxima lucidez, si así lo desea, la última etapa de su vida y esto lo va a lograr en buena medida en dependencia del sentido que le haya dado a ella. Se dice que el hombre muere según ha vivido.

Se han descrito afrontamientos o estadios psicológicos por los que pasan los enfermos antes de morir (negación, aislamiento, sentimientos de ira, hostilidad, resentimiento, negociación, regateo, depresión y pena y, por último aceptación). Se debe permitir la expresión de estos sentimientos y facilitarlos, darles información siempre que la soliciten, dar apoyo afectivo, ayudar a pensar mejor sobre lo que les preocupa, mostrar paciencia y comprensión.<sup>19</sup>

## CONSIDERACIONES FINALES

La Psicología de la Salud debe incluir la intervención psicológica en todos los momentos de evolución de la enfermedad. No es casual que los psicólogos se internen cada vez más en intervenciones psicosociales que pretenden la sustitución de comportamientos de riesgo por conductas de protección, en acciones dirigidas a mejorar el cumplimiento sistemático de las prescripciones médicas, a la optimización del descanso y el manejo del estrés vital, al incremento del apoyo social, familiar y comunitario, a la atención de la invalidez y en la rehabilitación, en toda una serie de campos que tienen a la atención primaria y hospitalaria como escenario. Se trabaja también, por elevar cada vez más la eficacia de la intervención psicológica.

**SUMMARY: The present paper establishes the salubrious projection of Health Psychology as an applied branch of the psychological science. It is analyzed the conceptual and methodological system used to approach the psychological aspects taking part in the disease health process from the promotion of healthy life styles, the adoption of preventive conducts, the optimization of the diagnosis and treatment and the rehabilitation of the patient to the aspects connected with the terminal patient's care. Health Psychology plays an important role from the primary prevention of health to the assistance to die well.**

Subject headings: **HEALTH-DISEASE PROCESS; PSYCHOLOGY; MEDICAL; PSYCHOLOGY, CLINICAL; HEALTH STATUS; PREVENTIVE MEDICINE; HEALTH PROMOTION; TERMINAL ILL/psychology.**

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales Calatayud F. Introducción a la psicología de la salud. Hermsillo: Ed. UNISON, 1997.
2. \_\_\_\_\_. Psicología de la salud. Conceptos básicos y proyecciones de trabajo. La Habana: Ed. Científico Técnica, 1999.
3. Rosenstock I, Strecher V. The Health Belief Model. En: Health Behavior and Health Education. 2 ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997.
4. Montañó D, Danuta Kasprk, Taplin S. The theory of reasoned action and the theory of planned behavior. En: Health Behavior and Health Education. 2 ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1997: 85-111.
5. Rodríguez Marín J. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad: Estilos de vida y salud. En: Psicología Social de la Salud. Madrid: Ed. Síntesis, 1995.
6. Grau Abalo J. Estrés, salud y enfermedad. Material docente para la Maestría en Psicología de la Salud. La Habana: ENSAP, 1998.
7. Lazarus R. Vulnerabilidad y resistencia individuales al estrés psíquico. En: Factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud. Kalimo R, El Batawi, Cooper M. Ginebra: OMS, 1988.
8. Domínguez TB, Montes J. Psicoimmunología: Procesos psicológicos, inmunosupresión y efectos en la salud. México D.F.: Facultad de Psicología UNAM, 1998.
9. Bayes R. Modulación psicológica de la respuesta inmunológica. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter 1988;4(1):7-29.
10. Goleman D. La inteligencia emocional. 3 ed. Buenos Aires: Javier Vergara Editor SA, 1998.
11. Lau Richard R. Cognitive representations of health and illness. En: Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants. New York: Plenum Press, 1997: 51-67.
12. Pires Stuart T. Respuesta psicológica del paciente con cáncer tras la comunicación del diagnóstico (disertación). La Habana: Facultad de Salud Pública, 1997.
13. Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. Rev Psicol Salud 1995;7(1):35-61.
14. Amigo Vázquez I, Fernández C, Pérez M. Manual de psicología de la salud. Madrid: Ediciones Pirámide, 1998.
15. Rodríguez Marín J. Efectos de la interacción entre el profesional sanitario y el paciente. Cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. En: Psicología Social de la Salud. Madrid: Ed. Síntesis, 1995:144-60.
16. Bayés R. Aspectos psicológicos de la adherencia terapéutica. En: S. Yubero S, Larrañaga E. (eds.) SIDA: Una visión multidisciplinar. Castilla-La Mancha: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, 2000.
17. García D, Ortiz Muñoz J. Adherencia al tratamiento en pacientes con VIH-SIDA. (Revisión teórica). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002.
18. Gómez Sancho M. Cómo dar malas noticias en medicina. Madrid: Arian S.A., 1998.
19. Grau J, Chacón M. La muerte y las actitudes ante la muerte. Una revisión. La Habana: INOR, 2001.

Recibido: 18 de abril de 2003. Aprobado: 29 de abril de 2003.  
*Libertad Martín Alfonso*. Escuela Nacional de Salud Pública, Línea e I, Vedado, Ciudad de La Habana, Cuba. Correo electrónico: liber@infomed.sld.cu