

# Definició i delimitació conceptual de la psicologia de la salut

José María León Rubio  
Silvia Medina Anzano

P03/10040/00829



# Índex

<b>Introducció</b> .....	5
<b>Objectius</b> .....	6
<b>1. Definició de psicologia de la salut</b> .....	7
<b>2. Raons i objectius de la psicologia de la salut</b> .....	10
2.1. Raons que justifiquen l'emergència de la psicologia de la salut .....	10
2.2. Objectius de la psicologia de la salut .....	11
<b>3. Relació de la psicologia de la salut amb altres disciplines afins</b> .....	14
3.1. Psicologia de la salut, psicologia mèdica i medicina psicosomàtica .....	14
3.2. La medicina del comportament i la psicologia de la salut .....	16
<b>Resum</b> .....	19
<b>Activitats</b> .....	21
<b>Exercicis d'autoavaluació</b> .....	21
<b>Solucionari</b> .....	23
<b>Glossari</b> .....	25
<b>Bibliografia</b> .....	26



## Introducció

En aquest mòdul ens formulem les qüestions següents: Què és la psicologia de la salut? Per què va emergir aquesta disciplina? Per a què serveixen els coneixements que ens proporciona aquesta matèria? I quina és la seva relació amb altres disciplines afins?

Per a respondre-les, procedirem de la manera següent:

Primer, analitzarem críticament les diferents definicions que s'han formulat respecte aquest tema i que giren entorn de la idea que es tracta d'un camp d'especialització de la psicologia que sorgeix com un intent d'organitzar i sistematitzar, sota una mateixa denominació, totes les aportacions d'aquesta disciplina a la problemàtica de la salut.

Segon, exposarem les diferents raons que justifiquen l'aparició d'aquesta disciplina per categories: teòriques, epidemiològiques i pràctiques.

Tercer, partint de la idea que la psicologia de la salut representa una manera de pensar i fer nova sobre les relacions entre allò psicosocial i la salut, mostrarem els objectius que persegueix i que en delimiten el camp d'acció (el que serà analitzat amb més detall al mòdul "El camp d'acció de la psicologia de la salut").

Finalment, en quart lloc, especificarem les relacions (similituds i diferències) d'aquesta disciplina amb altres matèries afins com la psicologia mèdica, la medicina psicosomàtica i la medicina del comportament. D'aquesta manera, esperem definir-te la nostra matèria tant pel que és, com pel que no és.

## **Objectius**

Amb l'estudi d'aquest mòdul els objectius que ens plantejem que assolim són els següents:

- 1.** Definir la psicologia de la salut.
- 2.** Analitzar els fets i l'evidència empírica que justifiquen l'emergència de la psicologia de la salut.
- 3.** Delimitar per a què és necessari el desenvolupament de la psicologia de la salut.
- 4.** Diferenciar entre psicologia de la salut i altres matèries afins.

## 1. Definició de psicologia de la salut

Una de les primeres definicions de psicologia de la salut la devem a Matarazzo (1980, p. 815), qui considera que amb aquest terme es fa referència a la:

“[...] suma de les aportacions docents i d'educació, professionals i científiques específiques de la disciplina de la psicologia per a la promoció i manteniment de la salut, la prevenció i tractament de la malaltia, la identificació dels correlats i diagnòstics de la salut, malaltia i disfuncions afins, i per a l'anàlisi i millora del sistema per a tenir cura de la salut, i també per a la configuració de polítiques sanitàries.”

En termes molt semblants es pronunciaria vuit anys més tard Stone (1988), qui la defineix com l'aplicació de qualsevol concepte, aspecte o tècnica psicològica a la problemàtica de la salut. Les activitats dels psicòlegs en aquest àmbit es poden agrupar entorn de tres grans nuclis:

1) **Àmbit de la intervenció**, que cobreix l'ampli espectre que va des de la investigació bàsica en salut fins a l'avaluació dels programes de salut, passant pel disseny, la selecció i l'execució dels mateixos.

2) **Objectiu** d'aquestes intervencions, que poden centrar-se en l'individu concret (pacient o usuari dels serveis de salut), en els subjectes relacionats amb ell, en les persones que treballen en el sistema de salut, en els aspectes psicosocials de les mateixes organitzacions de salut o en la totalitat del sistema de salut. Aquest entès com la part del sistema social que afecta la consecució dels valors de salut i que està compost per tots aquells elements de l'ambient i del sistema social que afecten la capacitat de l'individu per a viure productivament i creativament i per a derivar satisfacció del món.

En termes amplis, el sistema de salut pot ser subdividit en els elements següents:


a) Riscos ambientals, socials i mentals per a la salut.

b) Accions i entitats que afecten a:

- l'existència i distribució d'aquests riscos i dels suports per a fer-los front;
- l'exposició dels individus als factors de risc esmentats per a la salut; i
- a la restauració de la salut o l'eliminació dels problemes de salut.

3) **Tipus d'intervencions desenvolupades**, que poden anar des de la modificació de processos psicofisiològics anòmals per mitjà de la bioretroalimentació, passant per la realització de programes de modificació d'actituds i comportaments no saludables, fins a la realització de campanyes d'educació i promoció per a la salut dirigides a determinades comunitats o sectors de població.

Segons la nostra opinió, aquestes i moltes altres definicions de característiques idèntiques que podrien citar-se, reflecteixen l'interès per sistematitzar en una mateixa denominació totes les aportacions de la psicologia a l'àrea de la salut i, en aquest sentit, han cobert un objectiu històric que era en la pràctica una exigència des que l'APA Task Force on Health Research va sentenciar, el 1976, que les aportacions de la psicologia al camp de la salut es caracteritzaven per la seva pobresa i per no haver reconegut abans que les predisposicions dels individus a la malaltia no estan relacionades només amb les seves experiències més primerenques, sinó també amb les seves condicions de vida, en concret, amb el seu estatus social i econòmic.

D'aquesta manera es va insinuar la hipòtesi que havia estat la psicologia clínica, per la seva actitud acomodaticia i gens crítica al model biomèdic, la responsable que la psicologia no hagués pres abans consciència de la importància de les variables psicosocials com a determinants de la salut. I això per una raó fàcilment contrastable al llarg del seu esdevenir; la psicologia clínica s'ha assentat molt preferentment sobre un model d'home hedonista-mecanicista-individualista que ha pogut prescindir ni més ni menys que de la realitat exterior a l'individu. 

Ara bé, una vegada cobert l'objectiu "històric" pel que aquestes definicions van ser, d'alguna manera, formulades, és necessari considerar que els termes en què estan plantejades són tan genèrics que permeten englobar en una mateixa categoria contribucions que parteixen de concepcions de la salut diferents i fins i tot contraposades, la qual cosa, per definició, no pot donar com a resultat un cos teòric i metodològic sistemàtic, amb els problemes consegüents que això comporta; entre altres, l'acumulació de dades empíriques, obtingudes de qualsevol manera, sense un pla teòric en què enquadrar-les. Per això, tal vegada, la confusió que alguns expressen a l'hora de diferenciar, per exemple, entre psicologia clínica i psicologia de la salut (Blanco Picabia, 1996).

Nosaltres entenem la psicologia de la salut com la "integració", i no la mera "suma", de contribucions que encara que s'ocupin d'aspectes diferents del comportament comparteixen dimensions idèntiques del concepte de salut.

Entre aquestes hi ha:

- 1) Posar de manifest que la salut és un assumpte social; és a dir, depèn de factors socioculturals i no és una cosa que cada persona pugui aconseguir al marge del seu context social.
- 2) Ressaltar que la salut té una funció social (cobreix unes necessitats socials) i implica la creació d'unes estructures orientades a l'acompliment d'aquestes funcions (les institucions socials).

#### Lectura recomanada

Vegeu, per exemple, L. Brannon i J. Feist (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.

#### El sistema sanitari es concep...

... com la infraestructura dels recursos que fa possible la política sanitària. Aquesta, a l'empena de la filosofia del programa "Salut per a tots", es caracteritza per ser alguna cosa més que una mera provisió de serveis mèdics i orientar-se a la promoció de la salut.



3) Assenyalar que la salut és un procés de desenvolupament de recursos que potencien l'autorealització dels individus, grups i comunitats.

La salut com a recurs que possibilita un estil de vida facilitador:

- a) del control adaptatiu de l'homeòstasi fisiològica dels individus,
- b) del desenvolupament de la seva capacitat funcional, i
- c) de la seva competència comportamental i psicosocial per a fer front a les demandes del medi.

4) Entendre que la salut és l'èxit del més alt nivell de benestar físic, mental i social, segons les condicions històriques, culturals i socials en les que viu immers l'individu i la col·lectivitat. És a dir, la salut com a variable influent i, al seu torn, criteri de qualitat de vida o judici subjectiu relacionat amb, quan no causat per, determinats indicadors estàndard, més o menys objectius, referits a realitats presents en l'hàbitat físic i social de la persona i que poden resumir-se en riquesa, amor (entès com a suport social), comoditat i estat de salut, tant física com psicològica (Diener, 1984; Barriga; 1988). Pel que podem afirmar que els àmbits de la salut i de la qualitat de vida són complementaris i se superposen, per això aquesta assignatura té per títol *Psicologia de la salut i de la qualitat de vida*.

L'emergència d'aquest camp de la psicologia que té per objectiu analitzar la influència de les variables psicosocials sobre l'estat de salut, el procés pel qual s'hi arriba, la manera en què contribueix a la qualitat de vida de les persones i com aquestes responen quan estan malaltes, ha estat necessària per diverses raons que analitzarem a continuació, al costat del desenvolupament de l'objectiu esmentat en altres més específics.

## 2. Raons i objectius de la psicologia de la salut

### 2.1. Raons que justifiquen l'emergència de la psicologia de la salut

Entre les raons que solen argüir-se per a explicar l'emergència de la psicologia de la salut, ens en fixarem en tres categories:

1) **Raons teòriques.** En essència, l'evolució de la concepció de la salut cap a un model que pretén integrar factors biològics, psicològics i socials, atès que es reconeix la seva etiologia multifactorial i, per tant, la necessitat d'una col·laboració intersectorial i interdisciplinària per a resoldre els problemes de salut.

2) **Raons epidemiològiques.** El canvi radical en les taxes de morbiditat i mortalitat succeït en el segle XX als països desenvolupats. Actualment les malalties més rellevants per la seva incidència i mortalitat associades són les de tipus crònic en contrast amb les malalties agudes i infeccioses. En l'origen d'aquests trastorns crònics ens trobem amb factors socials i psicològics; l'estrès de la vida quotidiana i els comportaments que expressen els nostres estils de vida. És a dir, la salut ja no depèn només del que el subjecte té o no té (en el sentit de substrat biològic), sinó també i fonamentalment de com la persona interpreta, sent i respon a les diferents demandes de la seva vida, per la qual cosa les persones han de tenir un paper actiu i responsable en el control dels factors que afecten la seva salut.

3) **Raons pràctiques.** L'elevat cost que comporten els serveis de salut i la seva escassa efectivitat per a resoldre les demandes de salut que el món desenvolupat té plantejades avui en dia. Les malalties cròniques i incurables obliguen a orientar els serveis sanitaris del tractament a la prevenció i la rehabilitació, la qual cosa porta aparellat un interès creixent per temes tan psicològics com el canvi d'actituds per a l'adopció de comportaments saludables, l'anàlisi de la relació personal de salut-pacient amb l'objecte d'aconseguir l'adherència d'aquest a règims mèdics de llarga duració a causa de la cronicitat de les malalties, el desenvolupament de procediments eficaços per a la modificació del comportament de risc, etc.

En fi, hi ha un reconeixement creixent entre els sanitaris de la potencialitat de les tècniques psicològiques que començaven a aplicar-se amb cert èxit a diferents problemes de salut, al mateix temps que s'identificaven alguns mecanismes perquè els factors psicològics afecten la salut.

Resumint, la psicologia de la salut neix com una resposta al repte que representa una crisi profunda dels serveis de salut, que posa de manifest l'esgotament del model biomèdic i la necessitat d'una nova concepció de la salut, més d'acord amb les dades epidemiològiques i els avanços en les ciències sòcies i del comportament, segons els quals, l'estil de vida prevalent en un context sociocultural determinat té un paper fonamental en la determinació del continu salut-malaltia.

## 2.2. Objectius de la psicologia de la salut

Entre els principals objectius que persegueix aquest nou enfocament de la psicologia aplicada a la salut podem assenyalar els següents:

- 1) Elaborar un marc teòric que faciliti:
  - a) L'avaluació de la conducta com a factor determinant de la salut i la malaltia.
  - b) La predicció de les conductes protectores i de risc per a la salut.
  - c) La comprensió del paper dels factors psicosocials en l'experiència de la malaltia, i en el seu tractament i rehabilitació.
- 2) Posar en pràctica aquest marc teòric per a:
  - a) La promoció d'estils de vida saludables i prevenir la malaltia.
  - b) El tractament de la malaltia i la rehabilitació del pacient.
  - c) La millora dels serveis de salut.

Per a elaborar el marc teòric ha estat molt útil classificar la conducta en funció dels seus efectes sobre la salut; així és possible distingir conductes que contribueixen que emmalaltim i comportaments que puguin protegir-nos de la malaltia, ja que poden reduir el risc de posar-nos malalts.

Les primeres reben el nom de *conductes patògenes* o *de risc per a la salut*, entre aquestes, seguint Bishop (1994), podem incloure-hi totes les expressades en la taula següent:

Taula 1

Llista de conductes patògenes o de risc per a la salut	
<b>Activitat</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No fer exercici físic.</li> <li>• Realitzar esforços físics bruscos.</li> <li>• Esgotar-se físicament.</li> </ul>	<b>Alimentàries</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abusar d'aliments dolços, salats o greixosos.</li> <li>• Menjar en excés.</li> <li>• Picar entre àpats.</li> <li>• No seguir una dieta equilibrada.</li> <li>• Menjar massa de pressa.</li> <li>• No vigilar el pes.</li> <li>• Saltar-se àpats arbitràriament.</li> </ul>
<b>Amics i entorn social</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No disposar de temps per a relacionar-se.</li> <li>• Acabar la comunicació amb veïns i coneguts.</li> <li>• Desinterès per activitats recreatives.</li> </ul>	<b>Descans</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vetllar.</li> <li>• Dormir poques hores.</li> <li>• Dormir en excés.</li> </ul>
<b>Drogues</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fumar.</li> <li>• Beure alcohol.</li> <li>• Consumir cocaïna, heroïna, etc.</li> </ul>	<b>Parella i família</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de comunicació.</li> <li>• Discussions freqüents.</li> <li>• Aficions de temps lliure incompatibles.</li> <li>• No afrontar els problemes quotidians.</li> </ul>
<b>Higiene personal</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No raspallar-se les dents després de les menjades.</li> <li>• No dutxar-se o rentar-se diàriament.</li> <li>• Descurar la higiene dels cabells, els peus, els ulls...</li> <li>• No rentar-se les mans abans de menjar.</li> <li>• Descurar la neteja de la roba.</li> </ul>	<b>Relacions sexuals</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Insatisfacció sexual.</li> <li>• Mala planificació de les relacions sexuals.</li> <li>• Inestabilitat: falta de seguretat o higiene.</li> <li>• Promiscuïtat sexual.</li> </ul>

Taula 1

Llista de conductes patògenes o de risc per a la salut	
<b>Feina</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacions dolentes amb companys, caps, etc.</li> <li>• Insatisfacció amb el tipus de feina.</li> <li>• Participar en conflictes laborals.</li> </ul>	<b>Altres comportaments de risc</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conducció temerària.</li> <li>• Manca de mesures de seguretat en la feina.</li> <li>• Comportaments de risc domèstic.</li> </ul>

Les segones són les denominades *conductes immunògenes* (Matarazzo, 1980) o *comportaments protectors de la salut*, i entre aquests, podem citar els següents:

- 1) Dormir set o vuit hores cada nit.
- 2) Esmorzar tots els dies.
- 3) Fer tres menjades al dia sense picar entre menjades
- 4) Mantenir el pes corporal dins dels límits normals.
- 5) Practicar metòdicament i sistemàticament exercici físic.
- 6) No beure alcohol i si se'n beu fer-ho moderadament.
- 7) No fumar.
- 8) Recerca d'atenció sanitària.
- 9) Adherència als règims i tractaments mèdics.
- 10) Comportaments de seguretat i de millora del medi ambient.

Sobre la base d'aquesta classificació la conducta de salut es pot definir com els esforços per reduir les conductes patògenes i fomentar la pràctica de conductes protectores de salut.

Segons això, s'hauria d'esperar que la persona preocupada per la seva salut rebutgés o evités les conductes que la posen en risc i portés a terme comportaments beneficiosos per a la salut i els practiqués durant tota la seva vida. Tanmateix, això no és així, la majoria dels estudis sobre el tema posen de manifest que les conductes de salut es caracteritzen per ser inestables; és a dir, la seva permanència en el repertori de conducta de la persona al llarg del temps és breu. A més, en certa mesura, són autònomes; és a dir, la relació entre diferents conductes de salut en una mateixa persona és escassa o nul·la.

### **Inestabilitat i independència de les conductes de salut**

La inestabilitat i relativa independència de les conductes de salut tenen la seva raó de ser, segons la professora Shelley E. Taylor (1999, p. 54-56) en el següent:

- 1) Diferents conductes de salut cauen sota el control de factors diferents en una mateixa persona (**especificitat situacional**); per exemple, una persona durant la setmana laboral pot viure en un context lliure de tabac i, no obstant això, els caps de setmana pot portar una vida social en què les pressions per a fumar siguin irresistibles per a ella.
- 2) Diferents factors poden controlar la mateixa conducta en persones diferents (**diferències individuals**); per exemple, imaginem una parella en què ella beu alcohol per a evitar la seva ansietat social i ell per a buscar els efectes euforitzants que provoca (per a trencar el gel).
- 3) Els factors que controlen una conducta de salut poden canviar al llarg de la història del comportament (**evolució de la conducta**). Per exemple, la pressió del grup d'iguals

té un paper fonamental al començament de l'hàbit de fumar, i amb el temps l'hàbit es manté amb l'objectiu d'evitar l'ansia de fumar (*craving*).

4) Els factors que controlen una conducta poden canviar al llarg del cicle vital d'una persona (**evolució de la persona**). Per exemple, és el cas de molts comportaments d'higiene personal, que d'infants els vam portar a terme per a evitar el càstig dels adults, però d'adults els practiquem automàticament o gairebé inconscientment, fins i tot pel plaer que tenen associat (per exemple, prendre un bany o raspallar-se les dents).

5) Els patrons de conducta saludable, el seu desenvolupament i els factors que els controlen al llarg del temps, també poden variar substancialment entre persones diferents (**diferències interindividuals en l'evolució de la conducta i de la persona**). Un bon exemple n'és el proporcionat per León Rubio i Pina Domínguez (1988); una persona pot començar a fer exercici físic com a part de la rehabilitació d'una lesió a l'espatlla i, amb el temps, mantenir aquesta conducta per a tenir una bona figura. Mentre que en una altra el procés és al revés.

Per tant, no és fàcil predir les conductes de salut, ni tampoc és senzill modificar-les d'una manera estable, a pesar de la importància de les seves conseqüències per a la vida de les persones. És per això que els investigadors en aquesta àrea han concedit un interès especial al desenvolupament de teories o models explicatius sobre les motivacions i determinants de les conductes de salut i en la seva aplicació per a:

- 1) La promoció de conductes que contribueixen a la salut i a la qualitat de vida de les persones.
- 2) La prevenció i disminució de les conductes perjudicials per a la salut.
- 3) L'anàlisi i modificació, si és procedent, dels factors psicosocials associats al patiment d'una malaltia en cada una de les seves fases (etiologia, diagnòstic, tractament i rehabilitació).
- 4) El disseny i posada en pràctica de programes per a millorar les relacions entre el professional de la salut i el malalt.
- 5) El desenvolupament de sistemes de suport social i ambients saludables.
- 6) La millora de la qualitat dels serveis de salut.

Aquestes metes no són exclusives de la psicologia de la salut, per la qual cosa s'imposa delimitar la relació d'aquesta disciplina amb altres afins, punt de què ens ocuparem ara, abans de tornar sobre els temes que acabem de plantejar, cosa que farem en els tres mòduls següents.

### 3. Relació de la psicologia de la salut amb altres disciplines afins

#### 3.1. Psicologia de la salut, psicologia mèdica i medicina psicosomàtica

Com vam veure al mòdul anterior, el model biomèdic planteja que la ment i el cos tenen funcions independents, i la ment és incapaç d'actuar sobre la matèria física.

Segons això, la malaltia entesa en termes biològics pot tenir conseqüències psicològiques, però el psicològic no pot derivar en un problema de salut física.

D'aquesta manera s'establia una distinció entre salut mental i salut física, i aquesta última era competència exclusiva de la medicina. El paper de la psicologia quedava relegat a l'estudi de les seqüeles psicològiques d'algunes malalties físiques o intervencions mèdiques, la denominada *psicologia mèdica*.

Les úniques malalties biològiques, entre cometes, que podien ser objecte d'anàlisi psicològica eren les alteracions funcionals de tipus essencial; és a dir, aquells trastorns que no podien ser explicats per lesions dels teixits. En aquests casos, era acceptable l'anàlisi de la malaltia en termes psicològics o psicosomàtics.

##### Un cas paradigmàtic...

... era el d'alguns tipus de paràlisi límbica, descrits per Charcot, Bleuler i Freud, que seguïen un patró que no reflectia l'organització del sistema nerviós, per la qual cosa n'era impossible determinar la causa física.

Per a descriure i explicar aquesta condició, Freud encunyaria el terme **paràlisi histèrica** i establiria la hipòtesi que aquesta indicava que l'estat mental del subjecte i les seves experiències eren reprimides i expressades després en forma de problemes físics.

Per tant, Freud va ser el primer teòric modern que va establir una connexió entre l'emoció i la salut, en subratllar que els trastorns físics poden ocórrer quan un individu no pot descarregar els seus impulsos emocionals d'alguna manera acceptable.

##### Com a exemple de psicologia mèdica..

... són força il·lustratives les obres de Tizón García (1986), *Componentes psicológicos de la práctica médica*, i de Roca Bennasar (1996), *Trastornos depresivos en patologías médicas*, i també en l'estudi de les malalties mentals la tradicional *Psicología Clínica* (vegeu Pelechano et al., 1996).

L'extensió més coneguda i més influent del pensament freudià als problemes psicosomàtics és la **teoria del conflicte nuclear** d'Alexander (1952), segons la qual els sentiments inconscients d'hostilitat són considerats els causants de trastorns cardiovasculars (migranya i hipertensió), mentre que els sentiments inconscients de dependència o els desitjos de ser estimat es consideren causants de trastorns respiratoris i gastrointestinals (asma, síndrome de colon irritable i úlcera).

En el primer cas, el conflicte central està relacionat amb la inhibició dels impulsos hostils d'autoafirmació, la conducta agressiva corresponent mai no arriba a consumir-se, encara que els processos fisiològics han estat activats i, per consegüent, l'individu roman en un estat d'alerta fisiològica que acaba originant el trastorn. Alexander (1952, p. 150) descriu l'estil emocional dels hipertensos de la manera següent:

“La contenció dels seus impulsos hostils continuarà i consegüentment augmentarà en intensitat. Això induirà al desenvolupament de mesures defensives més forts per a mantenir controlades les agressions acumulades [...] A conseqüència del grau de les inhibicions, aquests pacients són menys efectius en les seves activitats ocupacionals i per aquesta raó tendeixen a fracassar en les competicions amb altres, d'aquesta manera s'estimula l'enveja i s'intensifiquen els seus sentiments hostils cap als competidors que han aconseguit millors resultats que ells.”

En el segon cas, els subjectes gairebé mai no són capaços de reconèixer i expressar conscientment els seus sentiments de dependència, i els sistemes fisiològics que li subjauen romanen així en un estat d'activació perpètua que, igual que en el cas anterior, acaba provocant el trastorn psicossomàtic.

És a dir, Alexander explica el psicossomàtic com la simbolització d'un determinat conflicte o regressió libidinal, superant així l'especificitat neuròtica del mecanisme de conversió histèrica freudiana, que va possibilitar l'extensió de la seva teoria a una àmplia llista de problemes de salut. Amb posterioritat, de l'àmbit de regressió es passaria al tipus de personalitat per a explicar el fet psicossomàtic. En aquest sentit, cal destacar el concepte d'**alexitímia**, amb el qual es descriu la personalitat de certs malalts psicossomàtics caracteritzats per una gran dificultat per a verbalitzar els seus sentiments i les seves emocions, per una vida imaginària molt pobre i per una activitat cognitiva i verbal orientada, en essència, cap a preocupacions concretes. Aquests últims aspectes havien estat amb anterioritat vinculats a l'expressió mòrbida psicossomàtica per Marty et al. (1980).

Els resultats obtinguts des d'aquestes perspectives han estat descoratjadors, atès que:

- 1) No s'han trobat correlacions entre conflictes psicològics específics i canvis corporals també específics.
- 2) Les emocions i els traços de personalitat correlacionen algunes vegades amb la malaltia, amb independència del trastorn.
- 3) Certs tipus de personalitat s'han associat amb diferents trastorns a través d'una influència no específica, com per exemple una dieta desequilibrada que predisposa a diferents tipus de malalties.
- 4) A més, els tractaments psicoterapèutics postulats des d'aquestes perspectives no produïen canvis útils des del punt de vista clínic. El que d'altra banda és comprensible, si tenim en compte que no sempre és possible intervenir sobre el psicossomàtic, ja que el pacient rara vegada expressa el desig d'aquest tipus de

tractament, no pot expressar amb facilitat les seves emocions, i el restabliment de la “funció imaginària” és prou aleatori.

Per tot això, la investigació s’ha allunyat d’aquests plantejaments i, no obstant això, n’és deutora en allò que representen una primera aproximació a la interacció entre la ment i el cos i suggereixen que els factors psicològics potser no siguin només conseqüència de la malaltia, sinó que també podrien contribuir-hi a l’aparició.

La **medicina psicosomàtica** en suggerir que les lesions visceral, orgàniques o funcionals, podien ser provocades totalment o parcialment per factors psicoafectius, va representar una primera ruptura amb el dualisme ment-cos del model biomèdic i, en aquest sentit, pot ser considerada una precursora de l’actual **medicina del comportament**, amb la qual no comparteix ni supòsits teòrics, ni metodològics.

### 3.2. La medicina del comportament i la psicologia de la salut

Encara que la medicina psicosomàtica ja era una disciplina consolidada en els anys trenta del segle acabat d’expirar, les relacions entre medicina i psicologia seguien responent fins als anys setanta al dualisme ment-cos establert per la ciència biomèdica; és a dir, la medicina s’ocupava de la salut física i la psicologia, entre altres disciplines, de la salut mental.

La consideració de la psicologia com una disciplina i una professió que havia d’inserir-se en el sector sanitari no cristal·litzaria fins mitjan anys setanta amb l’aparició de la **medicina del comportament** i la psicologia de la salut. Aquests termes han estat utilitzats en alguns casos de manera indiferent per a designar les aplicacions de la teoria i la metodologia psicològica a l’àmbit de la salut física i no solament al camp de la salut mental.

Ara bé, avui en dia la delimitació disciplinària i conceptual entre medicina del comportament i psicologia de la salut és un fet.

El 1974 es desenvolupen dos programes pioners en medicina del comportament, un orientat a la clínica i un altre a la investigació bàsica.

- El primer està vinculat a la creació, a la Universitat de Pensilvània, del Center for Behavioral Medicine, per John Paul Brady i Ovide F. Pomerleau (Pomerleau, 1982).
- El segon es desenvoluparia en l’acabat de crear Laboratory for the Study of Behavioral Medicine, a la Universitat de Stanford, per Agras (1982).

En els seus inicis, la concepció de la medicina del comportament era molt restrictiva emfatitzant el seu origen en el modern conductisme i argumentant

#### El terme *medicina del comportament*...

... va ser utilitzat per primera vegada per Lee Birk, el 1973, com a sinònim i complement de les tècniques de biofeedback (*biofeedback*).



que si bé altres disciplines van contribuir al seu desenvolupament, aquestes van ser condicions necessàries però no suficients. La condició suficient, segons el parer de Pomerleau (1982), es va provocar pel descobriment de procediments eficaços per a canviar la conducta de manera útil, des d'un punt de vista clínic, la qual cosa només va ser possible en aplicar l'**anàlisi experimental del comportament** a problemes clínics.

Així, per medicina del comportament entenem (Pomerleau i Brady, 1979, XII):

“(a) l'ús clínic de les tècniques derivades de l'anàlisi experimental del comportament, teràpia del comportament i modificació de la conducta, per a l'avaluació, prevenció, maneig o tractament de les malalties físiques o disfuncions fisiològiques; i

(b) la investigació comportamental dirigida a l'anàlisi funcional i comprensió de la conducta associada (ja no es tracta de traços o estructures de personalitat) amb els trastorns mèdics i problemes de salut.”

No dubtem de la importància de l'anàlisi experimental del comportament com a fonament de la medicina del comportament, tanmateix opinem que aquesta ho supera en dos punts bàsics, que d'altra banda, constitueixen dos dels eixos centrals del desenvolupament de la psicologia contemporània:

1) l'èmfasi posat per la medicina del comportament, no solament en la manera com el subjecte respon al seu mitjà, sinó també, en com el percep; i

2) la importància concedida en aquest àmbit d'estudi als aspectes interactius i socials del binomi salut-malaltia, de manera que la forma i la magnitud dels problemes de salut són considerats producte de l'experiència i definicions socials.

Com ha indicat Roth (1990), la medicina del comportament té una dimensió social perquè no és possible desconèixer, ni menys encara negar, les vinculacions de la salut amb els factors socioeconòmics, culturals i polítics, i per tant, tampoc és possible desdenyar les influències que poden exercir sobre el procés d'aplicació d'una tecnologia com la conductual o sobre els resultats de la seva implementació.

A més, és un fet acceptat que les formes de treball amb què es compromet un grup humà determinat, condicionen el grau del seu desgast físic i la susceptibilitat a l'accident (León Rubio i Avargues Navarro, 2001). Així mateix, el risc d'emmalaltir i morir depèn en gran manera del tipus i qualitat dels béns de consum a què es té accés, la qual cosa està molt vinculat al procés de treball i a les pautes culturals pròpies del grup. D'altra banda, resulta també evident que el grau de participació política dels grups socials organitzats incideix, al seu torn, sobre el procés salut-malaltia. Els èxits polítics i socials que determinen millors condicions de vida afecten la salut en termes favorables.

No s'esgota en el que expressa la dimensió social de la medicina del comportament. A tot això, cal afegir-hi que l'efectivitat d'una tecnologia depèn de les

característiques del grup destinatari; no podem esperar que qualsevol procediment tecnològic resulti viable per a qualsevol grup social, amb independència dels seus valors, creences, actituds i vivències pròpies.

Finalment, és obligat assenyalar que a pesar que al principi la medicina del comportament tenia un caràcter clínic basat en les interaccions entre individus considerats aïlladament, amb el pas del temps s'ha emfatitzat, cada vegada més, les seves aplicacions a la prevenció de diferents malalties i a la promoció de la salut, emergint una subespecialitat de la medicina del comportament denominada per Matarazzo (1984) *salut del comportament (Behavioral Health)*, en què l'èmfasi es posa en la influència dels grups sobre el comportament de salut.

Per tot això, advoquem més per les definicions comprensives de medicina del comportament, entre les que s'ha de citar la formulada a la Conferència de Yale, celebrada entre el 4 i el 6 de febrer de 1977 a New Haven, Connecticut (Schwartz i Weiss, 1978a, p. 4):

“La Medicina del Comportament és el camp referit al desenvolupament dels coneixements i tècniques de les ciències de la conducta rellevants per a la comprensió de la salut i les malalties físiques i a l'aplicació d'aquest coneixement i aquestes tècniques a la seva prevenció, diagnòstic, tractament i rehabilitació. La psicosi, la neurosi, i l'abús de substàncies, s'inclouen només en la mesura que contribueixen a la salut física com a punt de referència.”

En aquest mateix any, el 12 d'octubre, en la Rockefeller University de Nova York s'estableix un grup de treball, dirigit per Neal E. Miller amb l'objectiu d'organitzar una societat de medicina del comportament, al mateix temps que es funden també l'Academy of Behavioral Medicine Research, la publicació periòdica *Journal of Behavioral Medicine* i la branca de la medicina del comportament del National Heart Lung and Blood Institute, fets que considerats en el seu conjunt ressalten que aquest camp és interdisciplinari i es refereix al desenvolupament i integració dels coneixements i tècniques de les ciències biomèdiques i de la conducta, com van posar de manifest Schwartz i Weiss (1978b) en revisar l'anterior definició de medicina del comportament.

El terme *medicina del comportament* amalgama elements provinents de diferents disciplines, com la psicologia, que poden col·laborar en la promoció i la cura de la salut, i en la prevenció i el tractament de la malaltia. La medicina del comportament és considerada com un camp interdisciplinari que integra els coneixements rellevants per a la salut i la malaltia aportats per diferents disciplines socials i biomèdiques; i la **psicologia de la salut** fa referència al paper de la psicologia en aquest domini, tal com s'ha definit abans.

## Resum

En primer lloc, hem definit la psicologia de la salut com la integració d'aquelles aplicacions de la psicologia al camp de la salut que comparteixen la idea que la salut és una variable influent, al mateix temps que paràmetre criteri, de la qualitat de vida o judici subjectiu relacionat amb, quan no causat per, determinats indicadors estàndards, més o menys objectius, referits a realitats presents en l'hàbitat físic i social de la persona i que poden resumir-se en riquesa, amor (entès com a suport social), comoditat i estat de salut, tant físic com psicològic.

En segon lloc, hem revisat les diferents raons que justifiquen l'emergència d'aquest camp de la psicologia, com ara: teòriques (evolució de la concepció de la salut), epidemiològiques (canvi radical de les taxes de morbiditat i mortalitat experimentat en el segle XX en els països desenvolupats) i pràctiques (elevat cost dels serveis de salut i escassa efectivitat per a resoldre les demandes de salut que el món desenvolupat té plantejades avui en dia).

En tercer lloc, hem insistit que no és fàcil predir les conductes de salut, ni tampoc és senzill modificar-les d'una manera estable, a pesar de la importància de les seves conseqüències per a la vida de les persones. El que justifica l'interès posat pels investigadors d'aquesta àrea al desenvolupament de teories o models explicatius sobre les motivacions i determinants de les conductes de salut i en l'aplicació d'aquestes per a:

- 1) La promoció de conductes que contribueixen a la salut i a la qualitat de vida de les persones.
- 2) La prevenció i disminució de les conductes perjudicials per a la salut.
- 3) L'anàlisi i modificació, si és procedent, dels factors psicosocials associats al patiment d'una malaltia en cada una de les seves fases (etiologia, diagnòstic, tractament i rehabilitació).
- 4) El disseny i posada en pràctica de programes per a la millora de les relacions entre el professional de la salut i el malalt.
- 5) El desenvolupament de sistemes de suport social i ambients saludables.
- 6) La millora de la qualitat dels serveis de salut.

Atès que aquestes metes no són exclusives de la psicologia de la salut, en últim lloc, hem tractat de delimitar la relació d'aquesta disciplina amb altres afins: psicologia mèdica, medicina psicosomàtica i medicina del comportament.



## Activitats

1. Enumereu les característiques definitòries de la psicologia de la salut.
2. Aporteu dades que justifiquin la consideració del comportament com un determinant essencial de la salut.
3. Amb un problema de salut determinat exemplifiqueu l'abordatge que se'n faria des de cada una d'aquestes perspectives disciplinàries.

## Exercicis d'autoavaluació

### D'elecció múltiple

1. La psicologia de la salut és...
  - a) la integració d'aquelles contribucions de la psicologia a la salut que comparteixen dimensions idèntiques que aquesta.
  - b) la mera suma de les aplicacions de la psicologia a la solució dels problemes de salut.
  - c) un camp interdisciplinari en el qual s'integren coneixements de diferents ciències per a donar resposta als problemes de salut dels països desenvolupats.
  - d) Totes les anteriors són correctes.
  - e) Totes les anteriors són falses.
2. L'emergència de la psicologia de la salut ha estat necessària...
  - a) per a l'evolució de la concepció de la salut cap a un model que pretén integrar factors biològics, psicològics i socials.
  - b) per al canvi radical en les taxes de morbiditat i mortalitat als països desenvolupats.
  - c) per a com són de cars i poc efectius els serveis de salut.
  - d) Totes les anteriors són correctes.
  - e) Totes les anteriors són falses.
3. La psicologia de la salut té per objectius...
  - a) elaborar un marc teòric i aplicar-lo per a, fonamental, promocionar comportaments saludables i prevenir o reduir aquells que comporten un risc per a la salut.
  - b) desenvolupar una metodologia pròpia, aliena als coneixements biomèdics.
  - c) descriure la relació professional de la salut-pacient.
  - d) Totes les anteriors són correctes.
  - e) Totes les anteriors són falses.
4. Com a comportaments promotors o protectors de la salut hi ha...
  - a) fer tres menjades al dia sense picar entre àpats.
  - b) complir l'adherència als règims mèdics.
  - c) portar a terme comportaments de seguretat i de millora del medi ambient.
  - d) Totes les anteriors són correctes.
  - e) Totes les anteriors són falses.
5. Com a comportaments de risc per a la salut hi ha...
  - a) la promiscuïtat sexual.
  - b) el fet de conduir temeràriament.
  - c) el fet de saltar-se àpats arbitràriament.
  - d) Totes les anteriors són correctes.
  - e) Totes les anteriors són falses.
6. El concepte de qualitat de vida...
  - a) atén a dimensions físiques, psicològiques, socials i de capacitat funcional.
  - b) comporta un judici objectiu de benestar, satisfacció i estat d'ànim positiu.
  - c) implica una sèrie d'indicadors subjectius que se solen centrar en riquesa, amor (suport social), comoditat i salut.
  - d) Totes les anteriors són correctes.
  - e) Totes les anteriors són falses.
7. El concepte d'especificitat situacional fa referència al fet que...
  - a) diferents factors poden controlar la mateixa conducta en persones diferents.
  - b) els factors que controlen una conducta poden canviar al llarg del cicle vital.
  - c) diferents conductes de salut cauen sota el control dels diferents factors en una mateixa persona.
  - d) Totes les anteriors són correctes.
  - e) Totes les anteriors són falses.

**8. La psicologia mèdica...**

- a) es fonamenta en el model biopsicosocial.
- b) s'ocupa de l'estudi de les seqüeles psicològiques de les malalties físiques.
- c) és la versió llatina de la medicina del comportament.
- d) Totes les anteriors són correctes.
- e) Totes les anteriors són falses.

**9. La medicina psicosomàtica...**

- a) considera que els factors psicològics són només conseqüència de la malaltia.
- b) considera que la malaltia ha pogut estar provocada, parcialment o totalment, per factors psicoafectius.
- c) posa fi al dualisme ment-cos de la ciència biomèdica.
- d) Totes les anteriors són correctes.
- e) Totes les anteriors són falses.

**10. La medicina del comportament...**

- a) fa ús de la teràpia del comportament però no de les tècniques de modificació de conducta.
- b) té molt en compte com la persona percep la seva malaltia i els tractaments i com hi respon.
- c) a pesar de ser considerada un enfocament compressiu de la salut no té en compte la influència que sobre aquesta poden exercir els factors psicosocials.
- d) Totes les anteriors són correctes.
- e) Totes les anteriors són falses.

**Qüestions breus**

1. Què és la psicologia de la salut?
2. Per què sorgeix la psicologia de la salut?
3. Quins són els objectius de la psicologia de la salut?
4. Quina relació manté la psicologia de la salut amb la medicina del comportament?

**Desenvolupament del tema**

Descriu els tres grans nuclis en què segons Stone (1988) es poden agrupar les activitats dels psicòlegs de la salut.

## Solucionari

### Activitats

Les solucions que proposem a continuació són orientatives.

#### Activitat 1

Les característiques definitòries de la psicologia de la salut són les següents:

1. És una branca de la psicologia que presta atenció especial a la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut pel canvi de conducta.
2. És un camp d'aplicació de la psicologia al camp de la salut; més en concret, se centra en el paper que té la psicologia dins d'un camp interdisciplinari (medicina del comportament) que reuneix els coneixements comportamentals i biomèdics rellevants per a la salut i la malaltia.
3. Comporta una aplicació científica/professional dels conceptes i mètodes psicològics al camp de la salut, no solament amb relació al sistema de tenir cura de la salut, sinó també al sistema de salut pública, educació per a la salut, planificació de la salut, finançament, legislació, etc.
4. Estudia també totes aquelles persones, contexts, polítiques i organitzacions implicades en el sistema sanitari o que poden influir-hi (metges, infermers, polítics, etc.).
5. Es recolza en els recursos comunitaris per a la prevenció i tractament de la malaltia i la promoció i el manteniment de la salut.
6. Aconsegueix integrar una àmplia gamma de teories i mètodes de moltes disciplines psicològiques bàsiques (evolutiva, aprenentatge, fisiologia, cognitiva, organitzacions, social, de la personalitat, etc.).
7. Implica una aproximació positiva de la salut, que estudia la conducta de les persones tant sanes com malaltes, prestant atenció tant a la promoció de la salut, com a la prevenció i tractament de la malaltia.
8. Implica una aproximació integral a la salut, considerant que els factors biològics, psicològics i socials estan presents en totes les fases de la salut, de l'atenció de la salut i de la malaltia.
9. Se centra en la salut/malaltia física més que en la mental.

#### Activitat 2

La nostra manera de viure, el nostre estil de vida té una relació directa amb molts aspectes de la nostra salut.

Comportaments com:

- fumar cigarrets,
- consumir alcohol en excés,
- menjar en excés o consumir dietes inadequades,
- fer poc exercici físic, i
- conduir imprudentment

es troben estretament relacionats amb les tres causes de mort actualment més importants: cor, càncer i carretera.

Així mateix, també podem citar una sèrie de comportaments promotors o protectors de la salut:

- Dormir set o vuit hores cada nit.
- Esmorzar tots els dies.
- Fer tres menjades al dia sense picar entre aquestes.
- Mantenir el pes corporal dins dels límits normals.
- Practicar regularment exercici físic.
- No beure alcohol o fer-ho amb moderació.
- No fumar.
- Buscar atenció sanitària quan sigui necessari.
- Complir el seguiment dels règims mèdics.
- Portar a terme comportaments de seguretat i de millora del medi ambient.

### Activitat 3

Problema de salut: persona que ha sofert un infart de miocardi.

Abordatge des de diferents perspectives diferents:

- **Psicologia mèdica.** Aquesta perspectiva basada en el model biomèdic tradicional s'ocuparia fonamentalment de l'estudi de les seqüeles psicològiques que l'infart de miocardi ha produït en la persona. Així, per exemple, un professional centrat en aquest enfocament avaluaria si el pacient pateix la denominada *síndrome de depressió coronària* que es vincula a les restriccions de l'activitat productiva postinfart i que sol caracteritzar-se per l'alteració de la gana i de la son, estats canvians de cansament i/o energia, irritabilitat, apatia i pèrdua d'interès per fer certes activitats, dificultats de concentració, pensaments d'inutilitat i centrats en la mort o el suïcidi. Al seu torn, la persona ha tingut una experiència molt pròxima a la mort i es troba amenaçada pel fet que l'infart pugui repetir-se, per la qual cosa sol experimentar estats elevats d'ansietat. També sol ser freqüent que després de l'infart s'estableixi un ambient general de vigilància al voltant del pacient per part dels familiars i les persones que l'envolten, que en comptes d'ajudar-lo l'única cosa que aconseguen és provocar que estigui irritable i nerviós.
- **Medicina psicosomàtica.** Des d'aquesta perspectiva, es consideraria que l'infart de miocardi ha pogut estar provocat, parcialment o totalment, per factors psicoafectius. Per exemple, pot derivar-se de la inhibició d'impulsos hostils d'autoafirmació, de manera que la conducta agressiva corresponent mai no arriba a consumir-se, encara que els processos fisiològics han estat activats i, per consegüent, l'individu roman en un estat d'alerta fisiològica que acaba ocasionant el trastorn. En aquest cas, els metges s'ocuparien del tractament de la malaltia física i els psicòlegs estudiarien els factors psicoafectius que han pogut ser l'origen d'aquest trastorn.
- **Medicina del comportament.** En aquest cas es faria ús de la teràpia del comportament i de diferents tècniques de modificació de conducta per a portar a terme l'avaluació del pacient postinfart per a prevenir una possible recaiguda i en el maneig i tractament, tant de la malaltia cardiovascular com de les disfuncions psicològiques que se'n pugui derivar. Per exemple, seria convenient la modificació de certs estils de vida i patrons de comportament, en el cas que aquests fossin patogènics (fumar, beure i/o menjar en excés, no fer exercici, viure de precipitadament i impacientment, implicar-se en excés en la feina, comportar-se de manera dura i competitiva). Així mateix, des d'aquesta perspectiva es tindria molt en compte com la persona percep el que li ha passat (si ho percep com una amenaça a la seva vida), i com respon a això (si mostra signes d'ansietat i/o depressió), prestant especial atenció a com poden influir els aspectes interactius i socials (per exemple, tractant de reforçar la xarxa de suport social del pacient).
- **Psicologia de la salut.** Des d'aquesta perspectiva es garanteix l'abordatge terapèutic més integral, ja que es tindrà en compte la influència de factors biològics (sexe, predisposició genètica, nivells de colesterol i pressió arterial, activitat física i tipus d'alimentació, consum de tabac o alcohol), psicològics (estil de vida, nivells d'ansietat, irritabilitat o depressió) i socials (xarxa d'amics, companys de feina i familiars), tant en l'origen i desenvolupament de l'infart de miocardi com en la seva recuperació. A més, s'adopta un enfocament positiu fent insistència no solament a prevenir un possible reinfart, sinó a promoure estils de comportament saludables. Per exemple, portar una dieta sana, baixa en colesterol i sal, i rica en peix i verdures, controlar el pes corporal, fer exercici físic regularment i adaptat a les seves possibilitats, deixar de fumar i reduir la ingestió de begudes alcohòliques, fomentar l'adherència als tractaments farmacològics complementaris i procurar conservar una vida laboral i social activa, encara que adoptant patrons de comportament més relaxats, evitant exposar-se a situacions estressants i practicant exercicis de relaxació.

### Exercicis d'autoavaluació

#### D'elecció múltiple

1. a, 2. d, 3. a, 4. d, 5. d, 6. a, 7. d, 8. b, 9. b, 10. b.

#### Qüestions breus

1. Qualsevol de les respostes següents:

- a) La psicologia de la salut és la "integració", i no la mera "suma", de contribucions que encara que s'ocupin d'aspectes diferents del comportament comparteixen dimensions idèntiques del concepte salut.
- b) Camp de la psicologia que té per objectiu analitzar la influència de les variables psicosocials sobre l'estat de salut, el procés pel qual s'hi arriba, la manera en què aquest contribueix a la qualitat de vida de les persones i com aquestes responen quan estan malaltes.



2. Entre altres motius la psicologia de la salut sorgeix per:

- a) L'evolució de la concepció de la salut cap a un model biopsicosocial.
- b) El canvi radical en les taxes de morbiditat i mortalitat dels països desenvolupats.
- c) El preu elevat i la manca d'efectivitat dels serveis de salut per a respondre a les demandes de salut plantejades avui dia en els països desenvolupats.

3. Qualsevol de les respostes següents:

- a) Camp de la psicologia que té per *objectiu* analitzar la influència de les variables psicosocials sobre l'estat de salut, el procés pel qual s'hi arriba, la manera en què contribueix a la qualitat de vida de les persones i com aquestes responen quan estan malaltes.
- b) Entre els principals objectius que persegueix aquest nou enfocament de la psicologia aplicada a la salut podem assenyalar els següents:

- Elaborar un marc teòric que faciliti:
  - L'avaluació de la conducta com a factor determinant de la salut i la malaltia.
  - La predicció de les conductes protectores i de risc per a la salut.
  - La comprensió del paper dels factors psicosocials en l'experiència de la malaltia, i en el seu tractament i rehabilitació.
- Posar en pràctica aquest marc teòric per a:
  - La promoció d'estils de vida saludables i prevenir la malaltia.
  - El tractament de la malaltia i la rehabilitació del pacient.
  - La millora dels serveis de salut.

c) Les metes de la psicologia de la salut són:

- La promoció de conductes que contribueixin a la salut i a la qualitat de vida de les persones.
- La prevenció i disminució de les conductes perjudicials per a la salut.
- L'anàlisi i modificació, si és procedent, dels factors psicosocials associats al patiment d'una malaltia en cada una de les seves fases (etiologia, diagnòstic, tractament i rehabilitació).
- El disseny i posada en pràctica de programes per a la millora de les relacions entre el professional de la salut i el malalt.
- El desenvolupament de sistemes de suport social i ambients saludables.
- La millora de la qualitat dels serveis de salut.

4. La medicina del comportament és un camp ampli de caràcter interdisciplinari que integra coneixements biomèdics i psicosocials, com els provinents de la psicologia de la salut. Aquesta podria ser considerada l'aportació de la psicologia al camp, més inclusiu, de la medicina del comportament.

### **Desenvolupament del tema**

1) **Àmbit de la intervenció**, que cobreix l'ampli espectre que va des de la investigació bàsica en salut fins a l'avaluació dels programes de salut, passant pel seu disseny, la selecció i l'execució.

2) **Objectiu d'aquestes intervencions**, que poden centrar-se en l'individu concret (pacient o usuari dels serveis de salut), en els subjectes relacionats amb ell, en les persones que directament o indirectament treballen en el sistema de salut, en els aspectes psicosocials de les organitzacions de salut o en la totalitat del sistema de salut. Entès com la part del sistema social que afecta la consecució dels valors de salut i que està compost per tots aquells elements d'ambient i del sistema social que afecten la capacitat de l'individu per a viure productivament i creativament i per a derivar satisfacció del món. En termes amplis, el sistema de salut pot ser subdividit en els elements següents:

- a) Riscos ambientals, socials i mentals per a la salut.
- b) Accions i entitats que afecten l'existència i distribució d'aquests riscos i dels suports per a fer-los front.
- c) Accions i entitats que afecten l'exposició dels individus als riscos per a la salut esmentats.
- d) Accions i entitats que afecten la restauració de la salut o l'eliminació dels problemes de salut.

3. **Tipus d'intervencions desenvolupades**, que poden anar des de la modificació de processos psicofisiològics anòmals per mitjà de la bioretroalimentació, passant per dur a terme programes de modificació d'actituds i comportaments no saludables, fins a la realització de campanyes d'educació i promoció per a la salut dirigides a determinades comunitats o sectors de població.

## Glossari

**actitud** *f* Predisposició relativament estable de conducta.

**bioetroalimentació** *f* Mètode mitjançant el qual es proveeix al subjecte d'informació sobre les seves funcions biològiques i respostes fisiològiques a fi que les controli.  
**en** biofeedback

**biofeedback** *m* Vegeu bioetroalimentació.

**estil de vida** *m* Manera de viure que es basa en patrons de comportament identificables, determinats per la interacció entre les característiques personals individuals, les interaccions socials i les condicions de vida socioeconòmiques i ambientals.

**factor de risc** *m* Condicions socials, econòmiques o biològiques, conductes o ambients que estan associats amb o causen un increment de la susceptibilitat per a una malaltia específica, una salut deficient o lesions.

**incidència** *f* Freqüència o nombre de nous casos (per ex., de la infecció pel VIH) dins d'una població determinada durant un període de temps).

**morbiditat** *f* Estat d'una malaltia; és a dir, proporció de persones malaltes dins d'un grup de població determinat.

**política sanitària** *f* Declaració o directriu oficial dins de les institucions (especialment del Govern) que defineix les prioritats i els paràmetres d'actuació com a resposta a les necessitats de salut, als recursos disponibles i a altres pressions polítiques.

**prevenció de la malaltia** *f* Comprèn les mesures destinades no solament a prevenir l'aparició de la malaltia, com la reducció dels factors de risc, sinó també a detenir-ne l'avanç i atenuar-ne les conseqüències una vegada establerta.

**promoció de la salut** *f* Procés polític i social global que comprèn no solament les accions dirigides directament a enfortir les habilitats i capacitats dels individus, sinó també les dirigides a modificar les condicions socials, ambientals i econòmiques, a fi de mitigar el seu impacte en la salut pública i individual. La promoció de la salut és el procés que permet a les persones d'incrementar el seu control sobre els determinants de la salut i en conseqüència, millorar-la. La participació és essencial per a sostenir l'acció en matèria de promoció de la salut.

**salut** *f* Capacitat per a realitzar el propi potencial personal i respondre positivament als reptes de l'ambient.

## Bibliografia

### Bibliografia citada en el text

Agras, W. S. (1982). Behavioral Medicine in the 1980s: N Connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 795-796.

Alexander, F. (1952). *La medicina psicosomática*. París: Payot.

Barriga, S. (1988). Los indicadores del bienestar. A J. Rodríguez Marín (Comp.), *Aspectos Psicosociales de la Salud y la Comunidad*, 175-190. Barcelona: PPU.

Birk, L. (1973). *Biofeedback: Behavioral medicine*. New York, NY, US: Grune & Stratton.

Bishop, G. D. (1994). *Health Psychology*. Boston: Ally & Bacon.

Blanco Picabia, A. (1996). Psicología clínica, Psicología de la salud... ¿En qué quedamos? *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 82-83, 219-234.

Brannon, L. i Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542-575.

León Rubio, J. M. i Pina Domínguez, C. (1988). Motivos para hacer ejercicio. *II Jornadas Andaluzas de Psicología del Deporte (Resumen de Comunicaciones)*. Sevilla: Asociación de Psicología del Deporte Andaluza.

León Rubio J. M. i Avargues Navarro, M. L. (2001). *Carga mental y estrés laboral*. Sevilla: Cátedra Multimedia.

Marty, P. et. al. (1980). *L'Ordre psychosomatique, les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris: Payot.

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new Health Psychology. *American Psychologist*, 35, 805-817.

Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral immunogens and pathogens in health an illness. A B. L. Hammonds i C. I. Schairer (Eds.), *Psychology and health*, 9-43. Washington: American Psychological Association.

Pelechano Barberá, V. et al. (1996). Salud, enfermedad, clínica y psicología: un laberinto con una salida sensata y muchos caminos ciegos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 82-83, 323-363.

Pomerleau, O. F. (1982). A Discourse on Behavioral Medicine: Current Status and Future Trends. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50 (6), 1030-1039.

Pomerleau, O. F. i Brady, J. P. (1979). *Behavioral Medicine*. Baltimore: Williams and Wilkins.

Roca Bennisar, M. (1996). *Trastornos depresivos en patologías médicas*. Barcelona: Masson.

Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductural. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 22 (1), 27-50.

Schwartz, G. E. i Weiss, S. M. (1978a). Yale Conference on Behavioral Medicine: A Proposed Definition and Statement of Goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1 (1), 3-12.

Schwartz, G. E. i Weiss, S. M. (1978b). Behavioral Medicine revisited: An amended Definition. *Journal of Behavioral Medicine* 1 (3), 249-251.

Stone, G. C. (1988). Psicología de la salud: una definición amplia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 20 (1), 15-26.

Taylor, S. E. (1999). *Health Psychology* (4a ed.). New York, NY, US: McGraw-Hill.

Tizón García, J. L. (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica: una perspectiva desde la atención primaria*. Barcelona: Biblária.

