

Fonaments de la psicologia de la salut

José María León Rubio

P03/10040/00828

Índex

Introducció	5
Objectius	6
1. Postulats i implicacions del model biomèdic	7
1.1. Principis del model biomèdic	7
1.2. Implicacions per a la concepció de la salut i l'organització dels sistemes de salut	7
2. El qüestionament del model biomèdic	9
2.1. Importància del context sociocultural a l'hora d'interpretar què significa estar malalt	9
2.2. Multiplicitat dels determinants de la salut	11
2.3. Mal-leabilitat de les respostes biològiques	12
3. La formulació del model biopsicosocial o una concepció integral de la salut	20
3.1. Bases teòriques del model biopsicosocial sobre la salut	20
3.2. El model biopsicosocial com a fonament de la psicologia de la salut	21
Resum	23
Activitats	25
Exercicis d'autoavaluació	25
Solucionari	27
Glossari	32
Bibliografia	33

Introducció

Partim de la tesi que estableix que l'origen de la psicologia de la salut radica en el canvi experimentat pel concepte de salut, i que l'interès pel paper que exerceixen els processos psicosocials en el binomi salut-malaltia va paral·lel a l'anàlisi de la crisi dels sistemes sanitaris; crisi que és més conceptual que pràctica.

Des del nostre punt de vista, la ineficàcia dels procediments mèdics per a respondre al patró de morbimortalitat dels països desenvolupats, les desigualtats d'accés a uns serveis sanitaris l'oferta dels quals és passiva i irracional, el fet que avui sapiguem que "la salut té un preu", no és més que l'expressió d'un problema teòric, de la crisi d'un model conceptual de la salut i de la seva transformació; és a dir, del canvi d'un model biomèdic de salut a un model biopsicosocial. Aquest esquema conceptual parteix de la consideració que sobre la salut hi incideixen múltiples determinants que interaccionen entre si. Entre aquests, els factors psicològics i socials, el valor etiològic dels quals és ben conegut, i s'origina així la necessitat d'incorporar altres coneixements diferents als biomèdics per a entendre la salut; entre aquests, els de la nostra disciplina: la psicologia de la salut.

Objectius

Amb l'estudi d'aquest mòdul assolireu els objectius següents:

- 1.** Exposar els principis en què se sosté el model biomèdic.
- 2.** Examinar les implicacions del model biomèdic per a la concepció de salut i l'organització dels sistemes de salut.
- 3.** Revisar l'evidència empírica que contradiu els postulats del model biomèdic.
- 4.** Argumentar a favor d'una concepció integral de la salut.
- 5.** Exposar els principis que fonamenten el model biopsicosocial.
- 6.** Examinar la concepció de salut i la reorientació dels sistemes de salut que es deriven del model biopsicosocial.
- 7.** Analitzar les repercussions de la formulació del model biopsicosocial per a l'emergència de la psicologia de la salut.

1. Postulats i implicacions del model biomèdic

1.1. Principis del model biomèdic

Els dos principis explicatius sobre els quals es recolza el model biomèdic són:

- el reduccionisme biològic i
- el dualisme cartesià.

1) El primer estableix que qualsevol problema de salut té un origen biològic; és a dir, pot ser explicat per un mal funcionament dels processos fisiològics a causa de desequilibris bioquímics interns i involuntaris o per l'acció de patògens externs com bacteries i virus.

2) El segon planteja que cos i ment són entitats diferents que funcionen de manera independent l'una respecte l'altra, la ment és vista com un ens abstracte, relacionada amb els pensaments i els sentiments, incapaç d'influir sobre el cos.

Des d'aquesta perspectiva, els problemes de salut són causats per factors biològics que tenen poc a veure amb processos psicològics i socials.

Les queixes o símptomes subjectius de l'individu són la conseqüència o expressió d'un desequilibri biològic subjacent. És a dir, el biològic pot condicionar el psicològic, però el camí invers és impossible.

Segons això, l'individu no té responsabilitat sobre la malaltia, tan sols és la víctima de forces alienes a ell que produeixen canvis en el seu organisme, per la qual cosa la intervenció terapèutica ha d'estar guiada per principis biològics i mecanicistes basats en preceptes i explicacions unicausals; s'entén que un símptoma és originat per un únic tipus de causa, consistent en un trastorn biològic que s'expressa per mitjà seu.


1.2. Implicacions per a la concepció de la salut i l'organització dels sistemes de salut

En el marc conceptual del model biomèdic la salut es defineix com absència de malaltia o aflicció del cos i, en conseqüència, les úniques accions de salut possibles són el diagnòstic de la malaltia i la intervenció terapèutica per a eliminar la patologia orgànica subjacent. Diagnòstic i tractament que s'orienten només als aspectes físics o biològics, oblidant els aspectes psicosocials que de manera inevitable concorren en qualsevol problema de salut.

S'admet que...

... el càncer pugui originar infelicitat, però no es considera que l'estat d'ànim del pacient contribueixi a l'evolució o progressió de la malaltia.

Per tant, la **malaltia** i l'**assistència sanitària**, aquesta última entesa des del punt de vista de la provisió de serveis per a l'atenció i curació del pacient, són els eixos centrals d'aquest paradigma, a l'empar del qual s'han desenvolupat els sistemes actuals d'atenció sanitària.

Aquests sistemes tenen grans dificultats per a fer front als nous reptes del sector, ja que l'envelliment de la població ha generat un predomini de les malalties cròniques i incurables, cosa per la qual no estaven preparats, atès el seu caràcter assistencialista i la seva marcada orientació al tractament de quadres aguts. 

A més, si es té en compte que des del model biomèdic la persona és un agent passiu, sense responsabilitat sobre el procés de salut, llavors compremem millor els problemes que tenen aquests sistemes per a entendre uns ciutadans que, fruit de la seva major formació i informació, exigeixen més protagonisme i participació en tot allò que s'ha relacionat amb la seva salut.

Aquest estat de coses ha generat una demanda de canvis importants tant en l'organització operativa de l'assistència sanitària, com en els tipus de serveis que presta. Per a això, es fa imprescindible una concepció menys restrictiva de la salut i la seva desmedicalització.

A aquest canvi conceptual hi contribueixen diferents disciplines (epidemiologia, antropologia, sociologia i, per descomptat, psicologia) que han posat de manifest les insuficiències del model biomèdic com a explicació científica dels problemes relacionats amb la salut i la malaltia, aportant evidència empírica sobre la influència dels factors psicosocials i culturals sobre l'experiència de la malaltia, de la multicausalitat de la salut, i de la mal·leabilitat de les respostes biològiques per l'acció de variables socials i psicològiques, la qual cosa demostra la debilitat de les bases sobre les quals se sosté el model biomèdic: el **reduccionisme biològic** i el **dualisme ment-cos**.

L'envelliment de la població...

... és fruit d'una suma de factors com l'estancament de les taxes de natalitat, l'augment de l'esperança de vida o el descens de la mortalitat per malalties infeccioses en la segona meitat del segle XX.

2. El qüestionament del model biomèdic

2.1. Importància del context sociocultural a l'hora d'interpretar què significa estar malalt

La malaltia no és només l'expressió d'un trastorn biològic, sinó també el resultat d'influències socioculturals. Emmalaltir no solament significa la fallida de la salut, causada per l'alteració i descomposició interior del cos, sinó també, com va dir Parsons (1951), el fracàs o la incapacitat d'una persona per a desenvolupar el seu rol social i laboral habitual, caient en una situació de dependència que es caracteritza, des d'un punt de vista social, per dos drets i dos deures:

- 1) Exempció de les responsabilitats socials, que ha de ser legitimada per una autoritat (el metge) per a evitar els abusos.
- 2) Exculpació respecte a la seva condició de malalt, perquè se suposa que aquesta és involuntària.
- 3) Obligació de reconèixer que el fet d'"estar malalt" és una situació indesitjable, per la qual cosa la persona malalta té el deure i la responsabilitat de buscar ajuda i cooperar per a recuperar-se com més aviat millor.
- 4) Responsabilitat (en proporció a la gravetat de la malaltia) de buscar ajuda professional i de cooperar en el procés terapèutic que se li imposi.

L'opinió del metge, com a autoritat legitimada per la societat, és la condició perquè la persona pugui seguir ocupant l'estatus de malalt. Per tant, si una persona no busca ajuda mèdica o no coopera en el tractament, pot ser considerada responsable del manteniment de la seva malaltia i desproveïda de l'estatus de malalt. Aquesta competència és del metge, que sobre la base de la seva capacitat, coneixement tècnic i predisposició, actua com un agent de control social, sancionant, per exemple, sobre baixes laborals i accessibilitat a serveis sanitaris.

Segons aquest punt de vista, la salut és entesa com a acompliment de funcions socials, la qual cosa representa un primer qüestionament del model biomèdic i l'obertura a considerar la malaltia com un procés d'índole social.

Després de Parsons la malaltia ja no podrà ser considerada un mer reflex d'una disfunció orgànica, una bona prova d'això són els models sobre la conducta de malaltia, en els quals es parteix d'una distinció fonamental: **estar i sentir-se malalt** o, el que és el mateix, la malaltia com a represen-

Parsons sosté...

... la teoria que la malaltia és una desviació social que pot ser definida en termes de desenvolupament de funcions socials.

tació d'un problema per part de la cultura professional mèdica (*disease*) i com a interpretació que una persona fa d'uns signes corporals en funció del significat que tenen en el seu context sociocultural (*illness*). En aquest sentit, la conducta de malaltia ha estat definida per Mechanic (1986, p. 21) com la manera en què:

“Les persones reben els missatges dels seus cossos, en defineixen i interpreten els símptomes, realitzen alguna acció per a remeiar-los i utilitzen diferents maneres d'ajuda o el sistema formal de salut.”

En aquests processos la influència dels “altres” és determinant, ja que quines senyals corporals percebi, com les interpreti i les respongui, són qüestions que es resolen per mecanismes de socialització, comparació i representació social.

L'individu processa la informació del seu cos a partir dels valors i creences prevalents en el seu context cultural, i el que és més important, avalua les seves pròpies habilitats i capacitats d'afrontament per **comparació social**, observant les respostes d'altres davant del mateix problema i els resultats que van obtenir.

El paper dels “altres” és també fonamental en el model de malaltia que proposa Pilowsky (1986), per a ell la malaltia és un estat de l'organisme que compleix els requisits apropiats d'un **grup de referència** per a l'admissió en el rol de malalt; és a dir, un grup social capaç de subscriure els costos socials que això comporta. Aquest pot experimentar variacions amb els estadis de la malaltia, de tal manera que si aquesta es prolonga en el temps, els “altres” poden sancionar el rol del malalt com a desadaptatiu.

Això és el que Pilowsky denomina **conducta anormal de malaltia** o **persistència** en qualsevol mode inapropiat o desadaptatiu de percebre, avaluar i actuar en relació amb l'estat de salut, a pesar que el metge hagi ofert una explicació raonable de la naturalesa de la malaltia i del curs apropiat del tractament a seguir, basant-se per a això en una norma de funcionament, tant biològic com social, establerta socialment o en referència a una estadística mitjana.

En fi, el concepte de conducta anormal de malaltia fa referència al criteri de “normalitat” com a salut; és a dir, “estar sa” o “estar malalt” per a Pilowsky és una qüestió de funcionament raonable segons uns criteris socials, un problema social en el sentit establert per Hertzman, Frank i Evans (1996, p. 602-603):

“Un problema social és una qüestió de definició. [...] Un problema social té manca d'existència objectiva, més aviat la gent *atribueix* caràcter problemàtic a certs fets o conductes i els assigna significat. [...] Cap circumstància o conducta, [...] constitueix un problema social si els membres de la mateixa societat no el consideren com a tal.”

Considerar la salut com un problema social representa desmedicalitzar els problemes relacionats amb el binomi salut-malaltia, cosa impensable des de la perspectiva del model biomèdic.

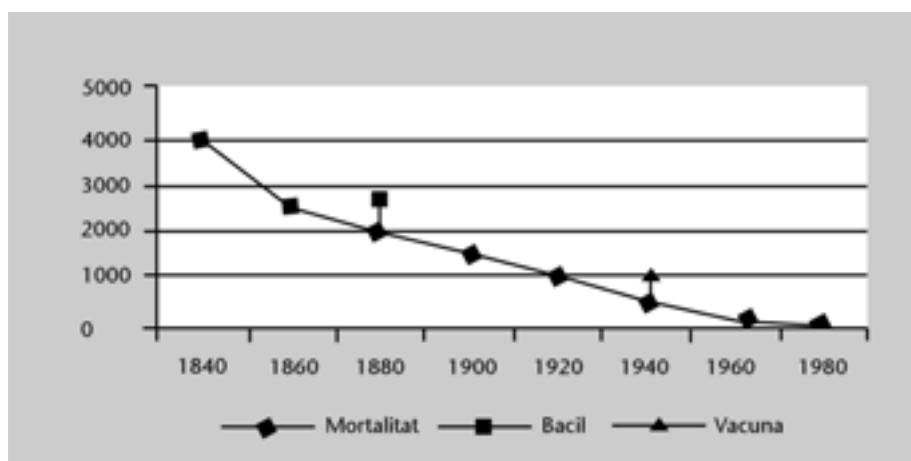
Els models sobre la manera en què el subjecte es representa en “estar malalt” representen un avenç respecte al model biomèdic, ja que en preguntar-se per les condicions sota les quals les persones es defineixen com a malaltes i busquen ajuda mèdica qüestionen la causalitat biològica de la malaltia i amplien l’horitzó de les causes de la salut més enllà de les lents estretes del microscopi, reconeixent a la vegada que la salut és un problema multicausal i que hi ha lligams estrets entre els diferents determinants de la salut.

2.2. Multiplicitat dels determinants de la salut

Els estudis d’epidemiologia històrica desenvolupats per McKeown (1979) demostren que en els últims segles la taxa de mortalitat de les principals malalties infeccioses es va reduir significativament abans del desenvolupament de mesures eficaces per part de la medicina, la qual cosa posa de manifest que els determinants de la salut no són només biològics.

Les dades que ofereix aquest autor sobre l’evolució de la taxa de mortalitat a Anglaterra i Gal·les per tuberculosi respiratòria són molt interessants, perquè mostren que quan es va poder curar, l’estreptomicina es va començar a utilitzar el 1947, la taxa de mortalitat associada a aquesta malaltia ja havia disminuït considerablement (vegeu la figura 1).

Figura 1. Tuberculosi respiratòria: taxes de mortalitat anual mitjana (estandarditzades segons la població de 1901), Anglaterra i Gal·les, 1840-1970.



Font: McKeown (1979).

L’aplicació d’antibiòtics va accelerar la velocitat del declivi de la taxa de mortalitat, però no va ser la força que el va iniciar. En la lluita contra la tuberculosi van ser determinants les millores de les condicions de vida; és a dir, la salut dels individus resultava de la interacció de factors biològics i socials; aquests podien facilitar o inhibir l’eficàcia de determinats agents patògens com els bacteris i els virus per a provocar malalties.

D'altra banda, l'expressió dels factors genètics també depèn, d'una manera o d'una altra, de l'entorn social. Hi ha tres casos:

- 1) L'individu posseeix gens que no li permeten adaptar-se a entorns ordinaris, per la qual cosa aquests han de ser modificats. És el cas d'algunes malalties hereditàries que es transmeten recessivament com, per exemple, la fenilcetonúria, la fibrosi cística o l'hemofília.
- 2) El medi ambient és tan hostil que desborda la capacitat adaptativa dels mecanismes humans normals, sigui quina sigui la càrrega genètica, per la qual cosa cal reduir l'hostilitat mediambiental. Per exemple, eliminant els contaminants ambientals, depurant l'aire que vam respirar i les aigües que vam usar, etc.
- 3) Hi ha alguna combinació d'agressió mediambiental i predisposició genètica. La diabetis o la malaltia cardíaca poden ser bons exemples d'això.

La salut ja no és equivalent a absència de malaltia, sinó que pot concebre's com una adaptació, en un sentit ontogenètic, fent èmfasi en el balanç homeostàtic entre els individus i els seus entorns respectius o en la **congruència persona-ambient**. D'aquesta manera, i a diferència del model biomèdic, la salut és definida pel que és i no pel que no és. Es distingeix entre salut i malaltia: equilibri i ruptura d'aquest.

També a diferència del model biomèdic, en el qual la salut és una cosa discontinua (es tracta d'afirmar que un determinat individu es troba sa o bé malalt, les alternatives són excloents), des d'aquesta concepció la salut se'ns presenta com una cosa contínua o dinàmica; és a dir, l'absència de patologia constitueix un extrem d'una dimensió, l'altre extrem del qual és estar sa, i és possible passar d'un a l'altre extrem de manera gradual.


Tot el precedent (i la totalitat del que segueix) pot servir d'il·lustració d'un fet indiscutible, segons Evans, Barer i Marmor (1996, p. 22):

“la funció fisiològica segueix a l'estatus, i no al revés.”

Això ens porta a la consideració de la mal·leabilitat de les respostes biològiques per l'acció de variables d'índole social i psicològica.

2.3. Mal·leabilitat de les respostes biològiques


Hi ha moltes evidències que estableixen connexions entre allò social i allò psicològic amb la malaltia (allò biològic, en termes biomèdics). Entre totes, n'hi ha una que ens crida especialment l'atenció, perquè en si constitueix un argument favorable a la hipòtesi de la interacció herència-medi ambient i és con-

trari a la determinació genètica. L'organisme de les persones de totes les races no ha variat substancialment en els últims trenta mil anys i, no obstant això, les malalties que es pateixen han evolucionat alhora que la societat. (Marmot i Mustard, 1996). 

Els estudis sobre els trastorns relacionats amb l'estrès en un context de canvi cultural i la investigació sobre el suport social com a estratègia per a afrontar les tensions quotidianes, il·lustren molt bé com els processos socials i culturals generen patrons d'interacció social que modelen i modulen les nostres respostes biològiques fins al punt de transformar-les en factors de risc per a la salut.

El canvi cultural sol tenir un impacte significatiu sobre l'estructura de les relacions socials, i també sobre l'accés als béns materials i a les fonts i símbols de prestigi, la qual cosa contribueix a la identitat social. Sobre aquestes bases, Dressler (1982) va postular un **model de discrepància del canvi cultural**, segons el qual l'adaptació a la vida moderna no és problemàtica en si, sinó que només es torna un problema quan l'individu té limitat l'accés als recursos econòmics, en aquest cas es desenvolupa el que denomina **estrès d'estil de vida** o tensió resultant de conjugar un estatus socioeconòmic baix i un estil de vida més o menys alt (aquest últim entès com l'aspecte simbòlic de la classe social o l'estatus de modernitat), la qual cosa minaria la identitat social de l'individu.

Dressler ha sotmès a prova aquest model amb diferents comunitats, comprovant que un estil de vida alt juntament amb un estatus econòmic baix genera una tensió que té efectes sobre l'elevació de la tensió arterial i, per consegüent, sobre el risc de patir malalties cardiovasculars. És a dir, el canvi sociocultural es trasllada en l'individu en forma d'estrès o tensió i la resposta a aquesta exerceix de factor de risc per a posar-se malalt.

Ara bé, l'impacte d'unes condicions varia segons el significat que el subjecte atribueix a les formes tradicionals de vida. 

El cas dels navahos

Per exemple, la societat dels navahos és de tipus matricial, les dones ocupen una posició més privilegiada que els homes. Per això, tal vegada, es resisteixen a la integració a la "cultura blanca" més que els homes navahos, resistència que es tradueix en un increment de la prevalença de la hipertensió entre les dones i en una disminució d'aquesta entre els homes.

D'altra banda, l'impacte del canvi cultural varia segons el grau de discontinuïtat amb els valors tradicionals; com més gran sigui, més impacte tindrà en la salut.

El cas dels tokelauans

Salmond, Prior i Wessen (1989) van seguir durant catorze anys un grup de 654 tokelauans adults que van emigrar des d'un estil de vida de subsistència a un altre occidental i urbanitzat, i van comprovar que els augments de tensió arterial estandarditzada per edat eren correlatius positivament amb mesures del grau d'assimilació cultural; els individus adscrits a valors occidentals van presentar una tensió arterial més alta que els units a les normes tradicionals tokelauanes.

La població japonesa...

... pateix malalties diferents que la població nord-americana, però els nets dels japonesos establerts als Estats Units pateixen malalties que són característiques de la societat nord-americana, no les de la societat dels seus avantpassats.

Tokelauans

Habitants de les illes Tokelau (Nova Zelanda).

Finalment, els mecanismes actuals d'adaptació al canvi poden prolongar les estratègies per a afrontar els problemes o, al contrari, marcar una ruptura amb aquestes. Un grup pot respondre a la tensió del canvi cultural desenvolupant estratègies d'afrontament construïdes sobre l'organització tradicional de les relacions i les maneres de gestionar situacions difícils socialment; apel·laria als valors clau de la comunitat d'origen.

En el nou entorn, no obstant això, aquestes estratègies s'alterarien, perdent la seva qualitat protectora i convertint-se fins i tot en fonts d'estrès addicional.

El cas dels samoans

Una cosa similar és el que ocorre amb els habitants de Samoa emigrats i assentats al nord de Califòrnia. Les estratègies que adopten per a afrontar condicions dures en un entorn nou semblen una transposició directa de les utilitzades en la societat samoana tradicional. El grup de descendents locals constitueix una font important de suport i contacte; les xarxes de parentiu difús es mantenen per tot un conjunt d'intercanvis i obligacions. Les congregacions eclesiàstiques, integrades en totes les esferes de la vida, són també un suport molt important.

Aquesta doble estructura té un paper central a l'hora de rebre i ajudar nous emigrants. No obstant això, sembla erosionar-se sota la pressió econòmica i l'acceptació de valors de l'estil occidental. Participar en assumptes eclesiàstics i de parentiu i gaudir del prestigi que proporcionen és car. Les estratègies tradicionals d'afrontament posseeixen efectes paradoxals en el nou entorn. D'una banda sostenen valors comunitaris forts i aporten als individus vies de satisfer les seves necessitats. Per l'altra, la participació activa en les institucions col·lectives pot tornar-se en una font d'estrès, simplement per la despesa que comporten. Això és el que ocorre amb les persones que disposen d'uns ingressos baixos i mantenen una implicació alta amb els parents. Aquests subjectes acaben presentant una tensió arterial alta. No obstant això, aquelles que disposen de més recursos econòmics i una implicació gran o un estatus de lideratge alt presenten una tensió arterial baixa (Corin, 1996).

En resum, veure's embolicat en activitats de parentiu tradicional té un efecte protector, si hom se les pot permetre, si aquest no és el cas, es converteixen en font de vulnerabilitat.

La consideració conjunta dels resultats obtinguts en aquests estudis sobre l'estrès associat al canvi cultural posa en evidència que els valors i les normes associats a una cultura es transformen en el subjecte en interpretacions de la realitat capaces de modelar les seves respostes biològiques. Aquestes expressen un model de relació particular que manté el subjecte amb el seu medi.

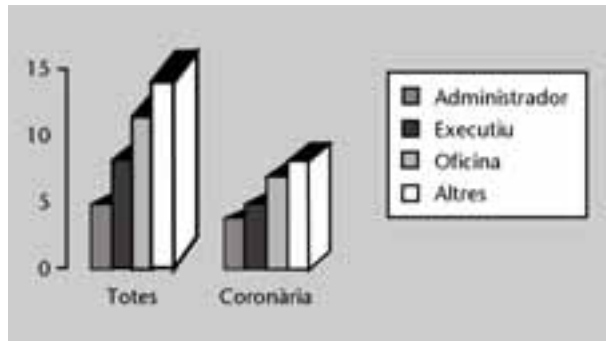
El cas dels funcionaris britànics

En aquesta línia, val la pena que destaquem l'estudi de Marmot i Theorell (1988) sobre la incidència de la malaltia coronària en els funcionaris britànics. En aquest treball s'estudia per més de deu anys una mostra de 10.000 funcionaris, demanant informació específica de cada persona i no solament valors mitjana de grup, el que, d'altra banda, va ser molt fàcil d'obtenir, atès que en el funcionariat els rangs i la jerarquia d'ingressos està ben definida.

Els resultats van indicar que el risc relatiu de mort per malaltia coronària i la mortalitat ajustada per edat es distribuïa desigualment en funció de la categoria professional (vegeu la figura 2), la qual cosa no era interpretable en termes d'una simple associació entre estatus socioeconòmic i salut o com la manifestació d'una exposició diferencial a riscos la-

borals. Tots els grups gaudien de remuneracions que podríem classificar com a bones, si es compara amb la població general, i exercien un treball d'oficina amb un risc baix des del punt de vista de l'entorn físic.

Figura 2. Percentatge d'homes del funcionari britànic morts per totes les causes i malaltia coronària segons categories (xifres ajustades per l'edat)



Llavors, com podem interpretar aquests resultats. Marmot i Theorell van observar que durant la jornada laboral tots els subjectes mantenien una tensió arterial elevada, i quan anaven a casa aquesta disminuïa, però les disminucions eren més significatives en els funcionaris de categoria alta. A més, els funcionaris de categoria baixa produïen més nivells de fibrinogen circulant en la sang, que pot ser considerat un marcador d'estrès. És a dir, com més nivell jeràrquic menys exposició subjectiva a l'estrès i més capacitat per a apaivagar-lo. Com més nivell jeràrquic més recursos per a afrontar les tensions de la vida diària.

Fibrinogen circulant a la sang

Proteïna de pes molecular alt que es troba al plasma i que, per acció de la trombina, es converteix en fibrina, filaments que són la base per a un coàgul.

La posició que ocupa el subjecte en el context social implica patrons d'interacció i esquemes de percepció que modelen i modulen les seves reaccions biològiques.

Aquesta idea soscava encara més, si és possible, el dualisme ment-cos que serveix de fonament al model biomèdic, i obre el debat respecte al paper de la psicologia sobre el binomi salut-malaltia.

El que és psicològic i el que és relacional poden explicar els canvis que succeeixen en el nostre organisme i fins i tot la mort, com ha posat de manifest l'*Alameda County Study* (Berkman i Breslow, 1983).

Alameda County Study

Aquest estudi prospectiu dissenyat per a identificar pràctiques saludables protectores de la mort i la malaltia, es va posar en marxa el 1965, amb una mostra estratificada composta per tots els propietaris majors de 19 anys i residents a les cases situades en el comtat d'Alameda, a Oakland (Califòrnia). Tota la població va rebre l'enquesta elaborada expressament, però la mostra final va quedar conformada per les 6.928 persones que voluntàriament la van respondre.

Els investigadors van tractar de controlar les variables que podien influir sobre la taxa de mortalitat posterior: **estat de salut del subjecte a l'inici de l'estudi i edat**.

Aquest control es va realitzar preguntant al subjecte per la seva edat i sobre els aspectes següents relacionats amb el seu estat de salut: discapacitats i malalties (agudes i cròniques), símptomes físics i comportaments l'execució dels quals comporti que el subjecte gaudeixi de bona salut; per exemple, fer exercici físic.

Al llarg de l'estudi els subjectes participants van respondre a diferents qüestions relacionades amb set pràctiques saludables:

És important assenyalar que...

... el 1965 només es considerava com un perill per a la salut la conducta de fumar, encara no hi havia proves contundents que la resta de pràctiques sobre les que els subjectes eren enquestats estiguessin relacionades amb la salut.

- 1) Dormir set o vuit hores al dia.
- 2) Esmorzar quasi tots els dies.
- 3) Menjar, rara vegada, entre menjades.
- 4) Beure alcohol moderadament o mai.
- 5) No fumar cigarrets.
- 6) Practicar exercici regularment.
- 7) Mantenir un pes pròxim a l'ideal, segons la mida de la persona.

A més, van contestar a qüestions relatives a variables sociodemogràfiques i socials com ara: ingressos, estatus marital, nombre de fills, nombre de contactes amb amics i parents, i pertinença a organitzacions com ara parròquies, associacions, etc.

Les principals troballes després de nou anys d'iniciar l'estudi van ser les següents:

- 1) Les conductes de fumar cigarrets, consumir alcohol sense moderació, activitat física, obesitat i temps de son, servien per a predir la mortalitat, amb independència de l'ús que les persones feien dels serveis preventius de salut i de la salut física que van mostrar a l'inici de l'estudi.
- 2) Els homes que adoptaven com a màxim dos comportaments relacionats amb la salut tenien quasi el triple de possibilitats de morir que aquells que n'havien posat en pràctica entre 4 i 5 d'aquestes conductes; en el cas de les dones, la probabilitat era més del triple.
- 3) El nombre de relacions socials íntimes que mantenen les persones també es va relacionar amb la mortalitat, en el sentit que aquells subjectes amb pocs contactes socials tenien dos vegades i mitja més possibilitats de morir que aquells que mantienien un nombre elevat de contactes.
- 4) En el cas de les dones, es van trobar relacions significatives entre la mortalitat i la combinació de variables següent: tenir quatre o més fills, ser treballadora i ser viuda.

Sis anys més tard, d'altres investigadors (Camacho i Wiley, 1980) van tractar de respondre a la qüestió de si les pràctiques saludables contribueixen només al temps de supervivència, o si a més permeten incrementar la salut general de l'individu. Atès que una condició que predigués la mort no té perquè predir la malaltia, hi ha determinades discapacitats, trastorns crònics i símptomes de malalties que no condueixen a la mort. Per a respondre a aquesta qüestió, els investigadors van analitzar, amb un subgrup de la mostra original de participants, la relació entre:

- a) les cinc pràctiques de salut que correlacionaven amb la mortalitat (fumar, consum d'alcohol, activitat física, obesitat i temps de son);
- b) l'índex xarxa social que incloïa les variables: estatus marital, contacte amb amics i parents, i participació en parròquies o altres organitzacions; i
- c) la morbiditat.

Els resultats van mostrar que aquestes conductes i l'índex xarxa social predeïen canvis favorables en la salut.

Tant aquests resultats com els obtinguts per l'equip de Marmot ens posen sobre la pista d'una altra concepció del terme salut i d'un mecanisme pel qual modelem indirectament el nostre organisme, ens referim a la salut com a estil de vida i a l'efecte dels nostres hàbits de comportament sobre el nostre aparell biològic.

Des d'una concepció mecanicista del comportament, el terme *estil de vida* és definit i utilitzat avui en dia, amb freqüència, en el sentit de:

“Comportaments específics identificats com a factors de risc per a la malaltia i la mort accidental; el més corrent és l'ús del tabac, els hàbits d'alcohol i droga, el control de pes i la dieta, l'exercici, el maneig d'estrès i l'ús de mecanismes de seguretat.

[...]. Subjacent a aquests usos típics d'estil de vida, hi ha la noció que els hàbits personals són discrets i independentment modificats i que els individus poden elegir voluntàriament canviar els comportaments.”

Coreil, Levin, i Gartly (1992, p. 225-226).

És difícil estar d'acord amb aquesta concepció per diferents raons:

- 1) Perquè aquests comportaments no són discrets, sinó que varien al llarg d'una sèrie de dimensions.
- 2) Perquè no són independents entre si i per això podem parlar d'un estil de vida sedentari o d'un estil de vida orientat a l'èxit laboral o un estil de vida protestant.
- 3) Perquè no són un assumpte individual, sinó que estan determinats en gran manera pel sistema de valors preponderant en un classe social determinada i en un context sociocultural concret, i també per les condicions de vida a què les persones han de fer front.

Concebre l'estil de vida com un comportament o factor de risc individual ha portat la discussió sobre la salut no lluny de, sinó de tornada al sistema sanitari, d'una psicologia clínica per a persones que presenten unes patologies concretes a una psicologia clínica (i de la salut) per a persones sense patologia específica, per aquest motiu que s'ofereixin intervencions, en forma de "consell de proveïdor" que intenten modificar els factors de risc per mitjà de la simple transacció entre el clínic (ja sigui metge o psicòleg) i cada pacient individual.

D'aquesta manera, s'amplia la línia de productes del sistema sanitari per a cobrir un conjunt de malalties definides, àmpliament, com a comportaments no saludables. El que facilita que ningú sotmeti a escrutini el comportament de les organitzacions o els efectes de les polítiques econòmiques i socials, públiques i privades. Els interessos econòmics establerts no es veuen amenaçats i els determinants socials acaben reduint-se a un problema d'experiència individual o de vulnerabilitat orgànica.

Piña López (1993, p. 50) ens ofereix una definició de salut molt d'acord amb el que sostenim. Segons aquest autor la salut seria entesa com:

"Condicció de l'organisme en què els sistemes biològics de resposta mantenen un nivell baix de vulnerabilitat, en la seva estructura i funció, en entrar en contacte i interactuar amb l'ambient o les seves parts —objectes, esdeveniments o altres organismes— modulats per processos psicològics i l'exercici de competències conductuals que cada individu desenvolupa."

La millor manera de resumir allò que s'ha expressat fins al moment consisteix a afirmar que la concepció de l'estil de vida com un comportament individual obvia l'evidència sobre els determinants dels comportaments de salut d'origen social.

Entre aquests podem citar:

- 1) **La socialització.** És innegable que alguns comportaments de salut estan determinats per les primeres experiències de socialització, generalment vinculades al context familiar. Els pares inculquen determinats comportaments

Quan parlem del comportament...

... relacionat amb l'alimentació podem referir-nos a una conducta molecular concreta (menjar aliments greixosos o picar entre menjades) o, des d'una perspectiva molar, a un complex de comportaments que van des del nombre de vegades que ens alimentem al dia fins al fet de raspallar-se les dents després de cada menjada.

La lactància natural és...

... una qüestió estètica a països desenvolupats com el nostre, en països en desenvolupament és una qüestió de vida o mort, en què aquesta pot prevenir la mort d'almenys un milió de nens.

que, progressivament, es convertiran en vertaders hàbits que tendeixen a perdurar i que són excepcionalment resistents al canvi.

2) Els valors associats a una cultura particular o a un grup socioeconòmic.

Es tracta d'un cert tipus de normes, més o menys explícites, que inclouen des de valors estètics fins a definicions del paper que han de tenir els diferents membres de la comunitat.

3) La influència grupal. Per exemple, la pressió del grup d'iguals és un dels factors més significatius en l'adquisició de l'hàbit de fumar en els adolescents.

4) Model i tipus d'assistència sanitària a què l'individu pot accedir, cosa que determina la seva participació en campanyes de vacunació, sotmetre's a exàmens periòdics, etc.

Considerem més ajustat a la realitat definir l'estil de vida com un conjunt de comportaments adquirits que comparteixen els membres d'una categoria social i que tendeixen a perdurar en el temps.

Dit d'una altra manera, considerar els comportaments relacionats amb la salut com l'expressió, sintètica, de diferents sistemes de creences relatius a la salut, propis d'una cultura o subcultura. És a dir, que el significat atribuït a salut i malaltia raona i explica les accions portades a terme per una persona per a afrontar una patologia o per a preservar la seva salut, i no solament que a partir d'una determinada patologia concedim sentit i significat al terme salut.

Així, les concepcions sobre la salut, el nostre comportament respecte al sistema sanitari i el nostre estil de vida, són elements interdependents d'un sistema de creences que es manifesta en determinades motivacions, actituds i comportaments relacionats amb la salut. Aquesta tesi, explícitament o implícitament, subjau en diferents models sobre la conducta de salut que poden ser considerats unes altres aproximacions psicosocials al tema, i les hipòtesis de treball i suports empírics de la qual examinarem en el mòdul "Models explicatius de la psicologia de la salut".

El reconeixement de l'estil de vida com un factor causal de la salut implicaria portar a terme el disseny i implementació de programes preventius que es focalitzarien més sobre les conseqüències positives d'adoptar una nova conducta de salut o estil de vida saludable, que a ressaltar els possibles riscos associats amb el manteniment de conductes patològiques. Es tracta de considerar la salut com un valor positiu, en l'àmbit individual i comunitari, i que el subjecte disposi d'actituds positives que guiïn el seu comportament.

La tesi de fons d'aquests plantejaments és que el nostre comportament té capacitat per a actuar sobre el nostre sistema biològic, encara que sigui indirectament, i transformar-lo.

Lectura recomanada

Vegeu la revisió ja clàssica sobre psicologia social i sistema immune d'H. B. Kaplan (1991). *Social psychology of the immune system: a conceptual framework and review of the literature*. *Social Science and Medicine*, 33 (8), 909-923.

I això mateix és el que suggereix la nova, però ja àmplia, literatura sobre psi-coneuroimmunologia, en què es posa de manifest que la tensió de la vida diària afecta el sistema biològic i, per tant, la salut: l'activació generalitzada de l'organisme que implica l'alliberament en el torrent sanguini de catecolamines i corticosteroides altera el funcionament del sistema immune, produint efectes immunosupressors.

Les conseqüències dels fets que hem mencionat són clares: el model biomèdic era només un dogma. Allò biològic pot ser tant una variable independent d'allò psicològic, tal com sosté aquest model, com una variable dependent del comportament i de les estructures socials que el regulen.

En resum, els diferents aspectes examinats volen demostrar que:

- 1) El comportament afecta el funcionament biològic per mitjà de diferents mecanismes biopsicosocials.
- 2) El model biomèdic no és un marc apropiat per a seguir explicant els problemes relacionats amb la salut i la malaltia per les raons següents:
 - a) No presta atenció a les dimensions socials i psicològiques de la malaltia en termes d'etiologia, prevenció i tractament.
 - b) La salut no és un problema degut a una causa simple.
 - c) Ignora que les alteracions bioquímiques són condicions necessàries però no suficients per al desenvolupament de la malaltia
 - d) Posa l'èmfasi en la curació de la malaltia, quan els problemes de salut que afligeixen a les societats actuals desenvolupades són més d'índole crònica i incurables.
 - e) La responsabilitat en matèria de salut és sempre de la professió mèdica, la qual cosa explica la seva excessiva confiança en la sofisticada tecnologia i la sobreespecialització dels proveïdors de cura de salut, i es genera d'aquesta manera un model de sistema sanitari assistencialista, unisectorial, costós, d'escassa efectivitat i deshumanitzat.
 - f) Promou relacions autoritàries entre els proveïdors de salut i els usuaris.
 - g) Considera la salut i la malaltia com a dues entitats diferents.
 - h) Rebutja que la ment pugui actuar sobre la matèria.
 - i) Obstaculitza la col·laboració interdisciplinària.

En fi, s'imposa una manera nova de pensar, un nou esquema conceptual a l'hora d'abordar els problemes relacionats amb la salut.

3. La formulació del model biopsicosocial o una concepció integral de la salut

3.1. Bases teòriques del model biopsicosocial sobre la salut

El reconeixement de l'important paper que tenen els diversos factors psicològics i socials en l'aparició i manteniment de les malalties, obliga a pensar sobre la salut en uns termes ben diferents als propugnats pel model biomèdic. S'imposa, per tant, el desenvolupament d'una nova manera d'abordar els problemes relacionats amb el binomi salut-malaltia que faciliti la reorientació dels serveis de salut.

Era necessari desenvolupar un apropament més comprensiu, en el qual la interacció dels factors biològics, psicològics i socials, fos el determinant principal de la salut i la malaltia. Neix així el model biopsicosocial que Bishop (1994, p. 60-61) defineix com:

“Un acostament sistèmic a la malaltia que emfatitza la interdependència dels factors físics, psíquics i socials que hi intervenen, i també la importància d'abordar la malaltia en tots els seus àmbits.”

Les seves bases teòriques estan en la teoria general de sistemes. Aquesta sosté que les coses naturals es comprenen millor en termes de jerarquia de sistemes, en la qual cada sistema està compost per altres sistemes menors, al mateix temps que formen part d'un altre de més gran. Així, doncs, tot sistema és, al mateix temps, un tot i una part. Des d'aquest punt de vista, fins i tot en el cas en què un tipus particular de procés tingui el protagonisme, s'haurà d'entendre que els altres són condicions necessàries perquè tingui lloc el procés.

En la nostra opinió, l'emergència del model biopsicosocial comporta passar d'un model patogènic sobre els assumptes relacionats amb la salut a un model salutogènic, les principals característiques del qual podríem resumir de la manera següent, si es compara amb el model biomèdic o enfocament patogènic (Antonovsky, 1996):

1) Rebutja el reduccionisme del model biomèdic, en emfatitzar la importància que cada àmbit (biològic, psicològic i social) té per a la salut, emfatitzant-ne la multicausalitat. En el model biomèdic, la formulació específica de la patogènesi, deixa fora de banda la consideració d'altres factors causals que són presents en la gènesi de les malalties, però que potser són molt difícils de desenvolupar, precisament perquè no sintonitzen amb el model patogènic. Al contrari, el model salutogènic s'interessa més per aquests factors causals generals. El model patogènic, en tant que model causal, resulta insatisfactori per a explicar la salut; només li interessa la causa específica d'una malaltia.

Bishop no diferencia...

... entre salut i malaltia, per ell es tracta d'un mateix procés (*healthy*).

2) Evita el dualisme ment–cos, en subratllar l'existència d'interconnexions dels diferents sistemes. Un canvi o desequilibri en qualsevol dels nivells de jerarquia afecta també a tots els altres (inferiors o superiors). Des d'aquesta perspectiva, es reconeix que les condicions de vida i la nostra manera de viure constitueixen variables significatives que incideixen en l'inici i el curs de la malaltia. El model biomèdic, com que està interessat fonamentalment en el patogènic, es desentén dels factors estressants, les conseqüències dels quals no són isomòrfiques per a la patologia. I, en segon lloc, perquè aquests factors estressants són mediambientals o estan determinats pel comportament dels subjectes; és a dir, no són de la seva competència.

Un exemple

Un tumor maligne (canvi en el teixit) afecta tant en el pla inferior (sistema cel·lular) com en els superiors (personal, familiar i social). Així mateix, el tancament d'una fàbrica (canvi en l'òrbita de la comunitat) afecta no solament a sistemes superiors (societat, considerada globalment) sinó també als inferiors (família, persona, sistema nerviós, etc.).

3) Introdueix el concepte d'autoregulació, ja que cada sistema està orientat a aconseguir un equilibri en el seu funcionament. En l'àmbit físic, un exemple paradigmàtic és el d'homeòstasi. En el psicosocial, en l'àmbit concret de la salut, té la connotació de resistència a qualsevol canvi que comporti un perill o amenaça per al subjecte. També té la connotació de "coherència"; Antonovsky (1996) en preguntar-se pels factors que fan que determinats individus d'una població no adquireixin aquesta o aquella malaltia, assenyala que les persones que viuen amb una gran coherència són més resistents enfront de l'acció dels agents estressants o infecciosos, i entén per coherència una orientació global que expressa la possessió i profunda confiança que les coses es comportin com raonablement cal esperar.

En fi, l'important és que els diferents significats del terme impliquen que el subjecte té un paper actiu en tot el que fa referència a la seva salut (responsabilitat), contràriament al que es pensava des del model biomèdic. El model biopsicosocial s'interessa per anticipar quines són les estratègies de comportament més idònies per a fer estable o optimitzar la salut; és a dir, promou l'adopció de responsabilitats personals respecte a la salut. En canvi, el model biomèdic, com a patogènic, estudia aquells factors patològics específics que generen malaltia amb independència del que faci el subjecte.

4) Emfatitza tant la salut com la malaltia, en tractar-se de dos aspectes d'un mateix procés, i concedeix una gran importància a la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut. Pel que afavoreix la multiinterdisciplinarietat a l'hora d'abordar els problemes de salut i té en compte els contextos de salut, aquests dos factors queden fora del model biomèdic.

5) Des del model biopsicosocial la salut és un problema social i polític, el plantejament i solució del qual passa, necessàriament, per la participació activa i solidària de la comunitat (Barriga, 1988).

3.2. El model biopsicosocial com a fonament de la psicologia de la salut

La formulació d'aquest model va constituir un catalitzador que va accelerar la investigació sobre els factors psicosocials associats a la malaltia, i va contribuir així

a l'emergència de noves disciplines com la psicologia de la salut. Però, sobretot, aquest model planteja una nova perspectiva sobre la salut, que implica concebre la salut en positiu i una concepció social de les accions de salut, és a dir:

1) Tenir per objectiu central que les persones es mantinguin en salut, considerant que aquesta, més que un estat, és un procés (*healthing*) de desenvolupament dirigit activament i voluntàriament cap a la realització dels individus, grups i comunitats.

2) Aconseguir un compromís per al canvi del model de vida (amb vista a la salut) no solament per part de l'individu, sinó també del sistema social i sanitari, perquè si l'individu està o no sa, no és un assumpte d'exclusiva competència individual, sinó que també depèn de l'estructura social.

3) Crear una "cultura de la salut" o consciència que aquesta ha de ser promoguda i salvaguardada per part de tots els actors socials, en primer lloc pels propis individus, que tenen la responsabilitat de mantenir i millorar la seva salut amb tota l'autonomia possible respecte del sistema sanitari.

En fi, desmedicalitzar la salut, la qual cosa comporta que:

a) La salut deixi de ser sinònim d'absència de malaltia i de sistema sanitari eficaç, per a ser promoció d'un ambient i unes condicions de vida saludables; s'emfatitza un concepte positiu, relacional i processual de la salut.

b) La malaltia deixi de concebre's com a alteració d'un sistema biològic i psíquic "en equilibri", per a ser entesa com una relació desequilibrada entre les demandes del medi i les capacitats o possibilitats de fer-los front; s'accentua l'anàlisi dels determinants socials de la salut buscant integrar els aspectes biològics i psicològics amb aquells altres econòmics, socials i culturals.

c) Les mesures per a millorar la salut i les de caràcter terapèutic no solament es plantegen com a respostes correctores per a aconseguir l'adaptació a les demandes estressants o desequilibradores del sistema social, sinó també com a modificació activa d'aquestes.

Es tracta, en fi, d'optar per valors concrets de les dimensions del polisèmic concepte de salut.

Resum

Hem sostingut que la psicologia de la salut té el seu fonament en el reconeixement del comportament com un marc apropiat per a explicar els problemes relacionats amb el binomi salut–malaltia.

Per a això, en primer lloc, hem examinat els principis en què se sustenta el model biomèdic i les implicacions que tenen per a la concepció de la salut i l'organització dels sistemes sanitaris. Fruit d'aquest examen ha estat la comprovació que el reduccionisme biològic i el dualisme ment–cos, eixos centrals del model biomèdic, representen concebre la salut com a absència de malaltia i les accions de salut com a provisió de serveis per al diagnòstic i tractament dels factors biològics responsables de la malaltia. Tot això en un moment històric, en què els problemes de salut més apressants són de caràcter crònic i incurable, i associats a desequilibris socials més que no pas biològics.

Per aquesta raó, en segon lloc, hem analitzat l'evidència empírica que posa en dubte els postulats del model biomèdic i planteja la necessitat d'un nou model sobre la salut. Les dades revisades han posat de manifest que sobre el binomi salut–malaltia incideixen, a més de factors biològics, variables socials i psicològiques; és a dir, la salut no és un problema de caràcter unicausal, sinó multicausal, fet pel qual és necessari elaborar un nou esquema conceptual per a comprendre-la i explicar-la. Aquest marc conceptual no és un altre que el model biopsicosocial.

Per això, en tercer lloc, n'hem revisat les bases teòriques i analitzat el seu paper en l'emergència de noves disciplines com la psicologia de la salut. Si es compara amb el model biomèdic, hem sostingut que el model biopsicosocial entén que la salut està determinada per la interacció de causes múltiples, una de les principals n'és el comportament o estil de vida de les persones, i qualsevol problema en aquest àmbit ha de ser considerat un problema social, a la vegada que es tracta d'un recurs positiu per al desenvolupament dels individus, els grups i les comunitats. Aquests arguments justifiquen la consideració d'aquest model com un dels principals pilars teòrics de la psicologia de la salut.

Activitats

1. Relacioneu els principis i característiques del model biomèdic amb determinades pràctiques dels serveis de salut.
2. Busqueu notícies d'actualitat que justifiquen una concepció integral de la salut.
3. Ideu un servei de salut orientat pels principis del model biopsicosocial.

Exercicis d'autoavaluació

D'elecció múltiple

1. El model biomèdic...
 - a) es basa en el dualisme cartesià ment-cos.
 - b) emfatitza la multicausalitat dels problemes de salut.
 - c) emfatitza que la persona ha d'adoptar un paper actiu i responsable en l'atenció de la seva salut.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
2. L'atenció sanitària des del model biomèdic s'orienta...
 - a) a la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.
 - b) al diagnòstic de la malaltia i del seu tractament terapèutic.
 - c) a la prevenció: primària, secundària i terciària.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
3. Per a Mechanic, la conducta de malaltia és la manera en què les persones...
 - a) perceben els missatges de la seva ment i els interpreten.
 - b) inicien accions per a modificar els seus pensaments sobre la malaltia.
 - c) utilitzen diferents fonts d'ajuda per a solucionar els seus problemes de salut o adaptar-se a la malaltia.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
4. Entre les objeccions que es plantegen al model biomèdic podem assenyalar...
 - a) no té en compte que els determinants de la salut són múltiples i interaccionen entre si.
 - b) promou relacions unidireccionals i autoritàries entre el professional i l'usuari.
 - c) no considera que les respostes biològiques puguin estar influïdes per variables socials i psicològiques.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
5. El model de discrepància del canvi cultural postula...
 - a) que conjugar un estatus socioeconòmic baix amb un estil de vida alt mina la identitat social de la persona i genera una forta tensió.
 - b) que en canviar de context cultural canvia el nostre patró d'emmalaltir.
 - c) que la discrepància entre els valors culturals dels grups de referència genera a la persona un estrès intens.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
6. Els resultats obtinguts en els estudis sobre l'estrès associat al canvi cultural posen en evidència...
 - a) que els valors i normes associats a una cultura es transformen en els individus en interpretacions de la realitat capaces de modelar les seves respostes biològiques.
 - b) que com més gran sigui la discontinuïtat amb els valors de la cultura d'origen, més gran serà l'impacte del canvi cultural sobre la salut.
 - c) que les estratègies d'afrontament dels problemes associades als valors de la cultura d'origen poden convertir-se en fonts d'estrès en un nou context cultural.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
7. El "rol de malalt"...
 - a) implica el dret de buscar ajuda i cooperar per a recuperar-se com més aviat millor.
 - b) comporta l'obligació de complir amb una sèrie de responsabilitats socials.
 - c) representa el primer qüestionament sistemàtic del model biomèdic.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.

8. Entre els determinants socials dels comportaments de salut hi ha...
- a) la socialització.
 - b) les influències del grup i els valors associats a una cultura particular.
 - c) el model i tipus d'assistència sanitària.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
9. Desmedicalitzar la salut comporta...
- a) la promoció d'un ambient i unes condicions de vida saludables.
 - b) entendre la malaltia com una relació desequilibrada entre les demandes del medi i les capacitats de la persona per a enfrontar-s'hi.
 - c) considerar que la modificació del sistema social pot ser una mesura eficaç per a millorar la salut.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.
10. El model biopsicosocial...
- a) reconeix la influència del context sociocultural en els processos de salut i malaltia.
 - b) estableix un continu entre salut i malaltia.
 - c) es fonamenta en la teoria general de sistemes.
 - d) Totes les anteriors són correctes.
 - e) Totes les anteriors són falses.

Qüestions breus

1. En què consisteix la malaltia segons Parsons?
2. Quina és la tesi central del model de discrepància del canvi cultural?
3. Com defineix Bishop el model biopsicosocial?

Desenvolupament del tema

Quines crítiques es poden formular a una concepció mecanicista de l'estil de vida?

Solucionari

Activitats

Les solucions que proposem a continuació són orientatives.

Activitat 1

- El model biomèdic es regeix pel principi del reduccionisme biològic; és a dir, tota malaltia o trastorn físic es pot explicar per problemes en els processos fisiològics a causa de desequilibris bioquímics interns i involuntaris o per l'acció de patògens externs com a bacteris i virus. Així, quan acudeixes a un servei d'urgència, amb independència del problema de salut que presentis, el que solen fer primer és mesurar-te les constants vitals per a valorar l'estat del teu organisme. Amb freqüència, el pas següent és prendre't una mostra de sang i orina per a determinar la possible causa biològica del teu mal.
- El reduccionisme biològic en què se sustenta el model biomèdic comporta que tot problema de salut pot ser explicat per una causa biològica. L'especialització de la medicina podria ser un bon exemple de l'actualització d'aquest principi; si vam acudir al metge de capçalera amb un dolor d'esquena fort, el més probable és que ens remeti a l'especialista, al traumatòleg. Aquesta recerca d'una explicació unicausal, amb freqüència obstaculitza la col·laboració interdisciplinària, així quan dues malalties concorren en una mateixa persona (per exemple, insuficiència coronària i diabetis) és freqüent que els tractaments específics per a cadascuna siguin incompatibles entre si, de manera que les "pastilles" per al cor no siguin bones per a la diabetis i al revés.
- Partint del reduccionisme biològic, el model biomèdic considera l'individu com una víctima **passiva** de forces que li són alienes i que li produeixen canvis en l'organisme; la seva responsabilitat sobre emmalaltir és pràcticament nul·la. En línia amb això, no és el més freqüent encara que el metge mostri interès pels patrons de comportament i estil de vida dels malalts que atén. Les seves prescripcions no solen fer referència a canvis en aquests factors, sinó més aviat a prendre uns fàrmacs determinats indicats per a reduir o eliminar la simptomatologia que presenten els pacients. La mentalitat dels metges sol ser que el pacient el que ha de fer és "deixar-se fer".
- El model biomèdic té també per fonament el **dualisme cartesà**, segons el qual, el cos i la ment són entitats diferents que funcionen independentment. La ment és vista com un ens abstracte, relacionat amb els pensaments i sentiments, incapaç d'influir sobre el cos o la matèria física. Per tant, la malaltia pot tenir conseqüències psicològiques, però l'element psicològic no pot actuar com a factor causal. Des d'aquesta perspectiva, les úniques accions de salut possibles són el diagnòstic i la intervenció terapèutica per a eliminar la patologia orgànica subjacent. Així, per exemple, l'actuació del metge mai no té per objectiu l'estat d'ànim, les expectatives del pacient o les seves xarxes de suport social, aquests temes, encara que sàpiguen que poden explicar l'evolució del pacient, es deixen en mans de la bona voluntat d'altres professionals, antics malalts o voluntaris.
- El model biomèdic promou unes relacions professionals de la salut-usuari dels serveis de salut unidireccionals i autoritàries. En línia amb això, s'ha de recordar que el problema del seguiment de les prescripcions mèdiques per part del pacient s'estudia, en la literatura mèdica, sota l'epígraf "obediència del pacient", en lloc dels problemes d'"adherència del pacient".

Activitat 2

Hem seleccionat tres notícies, aparegudes en diferents mitjans de comunicació, tant de caràcter general com especialitzat.

Notícia 1:

Sanidad y asuntos sociales ultiman la puesta en marcha de un plan sociosanitario para atender a ancianos.

revistajubilo.es

26 de setembre de 2002

Los ministerios de Sanidad y Consumo, y de Trabajo y Asuntos Sociales están ultimando la puesta en marcha de un plan sociosanitario dirigido a la atención de ancianos y dependientes, según informó hoy la ministra Ana Pastor en la clausura de unas jornadas sobre la tercera edad organizadas por el grupo Júbilo y Comunicación. En la clausura también participó la presidenta del Senado, Esperanza Aguirre, y el director general del Instituto de Migración y Servicios Sociales (IMSERSO), Antonio Lis.

Pastor explicó que su departamento, en colaboración con las Comunidades Autónomas, ha diseñado un plan sociosanitario “finalizado hace unos días”, y que en este momento tiene pendiente finalizar un estudio con Trabajo y Asuntos Sociales previo a su puesta en marcha.

Este plan, indicó, contempla mejoras en la orientación de servicios y recursos sociosanitarios en todas las comunidades autónomas, “con el fin de que los ciudadanos estén mejor atendidos y de que los servicios sanitarios estén perfectamente orientados a los mayores”.

En el marco de este plan, Sanidad ha definido los distintos tipos de personas mayores que necesitan servicios sociosanitarios, la cartera de servicios sanitarios y sociales previa evaluación de la efectividad en función de los distintos modelos organizativos.

Asimismo, el departamento de Ana Pastor ha inventariado los recursos existentes (“que son limitados”), para poder realizar su planificación. También está diseñando un sistema de información “que permita adelantarnos en el futuro a esa mejora”.

“Por tanto, nuestro papel es que todos los que tenemos responsabilidades seamos capaces de elaborar unos servicios que lleguen y se ajusten a las necesidades de todos los ciudadanos”, concluyó.

Sistema de gestión “intercruzado”

Por su parte, el director general del INSALUD precisó que este organismo “ha avanzado bastante”, junto a Sanidad en el diseño de un sistema de gestión “intercruzado”, teniendo en cuenta que el futuro plan sociosanitario ha de contemplar recursos de ambos departamentos.

Además, avanzó que Trabajo y Asuntos sociales tiene previsto desarrollar el año que viene un nuevo plan de accesibilidad para personas con minusvalías, así como un plan de acción de discapacidad y para las personas mayores.

Noticia 2:

El bienestar social puede frenar el desarrollo del cáncer de ovario

elmundosalud.com

Oncología

30 d'agost de 2002

Las pacientes que sufren cáncer de ovario pueden experimentar una ralentización en el desarrollo del tumor gracias a un mayor contacto con los amigos o los vecinos, según un estudio publicado en ‘Cáncer’.

Investigaciones anteriores señalaban la importancia del estrés, del apoyo social y de otros factores de comportamiento a la hora de influir sobre el sistema inmunitario. Sin embargo, ésta es la primera vez que se analiza cómo los mismos factores pueden llegar a afectar el crecimiento vascular del endotelio.

El desarrollo del sistema del endotelio vascular provoca un mayor aporte de nutrientes y oxígeno en la zona del tumor y permite que crezca y se extienda con más facilidad. Por esta razón, los pacientes con un mayor crecimiento endotelial son los que menos posibilidades poseen de sobrevivir.

El estudio se basó en 24 mujeres, mayores de 18 años, con cáncer ovárico que no habían sido intervenidas quirúrgicamente y 5 mujeres con tumores benignos, también mayores de edad, que sirvieron como grupo de control.

Se realizaron encuestas psicosociales, entre las que se incluía un cuestionario para evaluar la calidad de la vida del paciente y otro para conocer su estado de ánimo, también se recogieron muestras sanguíneas de todas las participantes.

La depresión no influye

Los resultados mostraron que las pacientes con un mayor nivel de bienestar social eran las que menor nivel de desarrollo endotelial tenían. Las mujeres que se sentían más faltas de ayuda y que se valoraban menos, eran las que tenían un mayor crecimiento.

Sin embargo, la depresión no fue un factor influyente en la variación de este desarrollo endotelial. Tampoco resultó estar relacionada ni la presencia de hijos en el hogar ni del cónyuge.

Por lo tanto, el apoyo social o la cercanía de los amigos son algunos de los elementos del bienestar social que resultan determinantes a la hora de adelantar o retrasar el crecimiento y la extensión del carcinoma. Asimismo, los hallazgos apuntan a un posible mecanismo por el

que el apoyo social y ciertos factores de comportamiento se relacionan con el desarrollo del tumor.

Los autores afirman que la investigación tiene algunas limitaciones. Destacan la necesidad de realizar más estudios para analizar el papel que juega el apoyo social. Además, recomiendan el empleo de otro tipo de cuestionarios para poder medir aspectos diferentes de la depresión.

Noticia 3:

La superautopista de la sanidad. La mayoría de las empresas farmacéuticas ve su supervivencia económica en el cuidado integral de la salud

elmundosalud.com

30 de març de 1995

Industria farmacéutica

José Luis de la Serna

Si el cuidar la salud pudiera compararse al mundo del transporte, la industria farmacéutica sería la dueña de la carretera.

Sin embargo, de la misma forma que en las últimas décadas los trenes, los aviones y los barcos han llegado a ser también partes muy importantes en el enorme negocio que es llevar mercancías y pasajeros de un lado a otro del planeta, al cuidado de la salud le ha pasado lo mismo.

Al acabar la Conferencia Farmacéutica Mundial que el Financial Times organizó en Londres la semana pasada, la mayoría de los 300 asistentes -sólo dos eran españoles- se llevó a casa la misma sensación: que en los próximos años, buena parte del negocio farmacéutico será muy diferente al que ha estado imperando durante muchas décadas. Los tiempos en donde las compañías farmacéuticas sólo se dedicaban a producir y vender sus pastillas están a punto de finalizar.

En el futuro, en el negocio del transporte sanitario, las empresas farmaquímicas tendrán únicamente dos opciones. O ser los supercamioneros del transporte terrestre -producir los mejores medicamentos- o adquirir aviones, barcos y ferrocarriles -y participar en el cuidado integral de la salud- para estar en toda la "movida". En una palabra: o ser los mejores en investigación y desarrollo, para jugar sólo en ese campo y en las mejores posiciones, u ofrecer soluciones totales a los problemas de salud del ciudadano. Las cosas para aquellos que quieran sobrevivir únicamente con una pequeña flotilla de furgonetas (que es lo que les puede pasar a los laboratorios que no sean gigantescas transnacionales) serán sin duda alguna muy difíciles.

El cuidado de la salud se ha convertido en algo clave para la sociedad moderna. No existe una sola encuesta en todo el mundo desarrollado en la que la salud no esté en los primeros lugares de lo que le preocupa a cada ciudadano. Por otra parte, de igual modo que ha ido creciendo el interés del público por estar lo más sano posible, se ha ido elevando la factura que la sanidad pasa anualmente a cada Estado. El porcentaje del PIB que en cada nación se llevan los gastos del cuidado de la salud va creciendo lenta e inexorablemente. En la cima del ranking están los estadounidenses, con un 14% de su PIB gastado anualmente en pagar su factura sanitaria. Las cifras son de tales proporciones que no hay un solo Gobierno en el mundo que no esté muy preocupado por controlar su gasto sanitario.

El gasto

Aunque la factura de farmacia no es, con mucho, muy significativa en el coste total del cuidado de la salud, la industria farmacéutica ha sido la primera en sufrir los recortes que se han impuesto en todo el mundo. Obsesionados con no poder llegar a fin de mes, la mayoría de las autoridades sanitarias del planeta está firmemente decidida a frenar para siempre el crecimiento de su gasto farmacéutico. Y lo están consiguiendo. "Somos muy vulnerables a las regulaciones -afirmaba hace poco un alto ejecutivo estadounidense de una de las más importantes transnacionales farmacéuticas-.

Durante mucho tiempo hemos pecado de prepotencia y arrogancia y, a veces, hemos fallado en aspectos éticos de nuestro marketing. Tenemos mala imagen ante la opinión pública y no hemos sabido transmitir que investigamos de una forma excelente y que nos gastamos mucho dinero en ello. Por eso, en cuanto se habla de ahorros y recortes se piensa en nosotros en primer lugar. Ahora que las cosas se están modificando, muchos van a pagar por ello". El control ha hecho que, en Europa, el gasto farmacéutico en los últimos tiempos no sólo no haya aumentado, sino que ha disminuido. En Japón ha sido controlado y en Estados Unidos se ha moderado mucho el ritmo en el que ascendía. Los expertos predicen para el año 2000 un crecimiento discretamente negativo de las ventas farmacéuticas mundiales.

Las compañías, ante este panorama, han decidido reestructurarse. Según Jan Erberg -presidente y director ejecutivo de la transnacional sueca Pharmacia-, “no hay más estrategia que globalizarse, readaptarse y estar dispuesto a ser muy eficiente ante el cliente”. “La sociedad -añade Erberg- continuará valorando en primer lugar la salud, y la industria farmacéutica tiene que estar dispuesta a procurar un cuidado integral de la salud y a participar en el tratamiento completo de una enfermedad determinada, y todo por un precio de acuerdo con la eficiencia de cada uno”.

En el futuro, sólo podrá haber dos clases de industria farmacéutica. La que gracias a una investigación sobresaliente consiga los mejores fármacos del mundo y pueda, por tanto, dedicarse únicamente a ello, y aquellos que conjuguen la puesta en el mercado de productos propios con el manejo integrado de toda la salud. Según todos los analistas, no habrá sitio para más de dos o tres productos similares frente a un problema dado. Aquellos que hasta ahora estaban acostumbrados a sacarle rendimiento al sexto o séptimo “me too” (yo también), no tendrán esa oportunidad el día de mañana. Aunque la idea de desarrollar una estrategia de empresa vertical estuvo defendida por casi todo el mundo reunido en Londres, también hubo algunos casos que apostaron por mantener la dirección horizontal de su futuro desarrollo. Tal es el caso del gigante Hoffman-LaRoche.

De acuerdo con las declaraciones de Armin Kessler -jefe de operaciones farmacéuticas de la transnacional de origen helvético-, su compañía iba a apostar fuerte por continuar siendo la primera en investigación y desarrollo de nuevos medicamentos. Sin despreciar el papel de aquellas compañías que quisieran diversificarse y adoptar nuevos papeles en el mercado sanitario, Kessler estuvo confiado en la cartera de productos que su compañía tenía preparada. «En cualquier caso -afirmó Kessler-, de lo que sí estoy convencido es de que la industria farmacéutica tiene que dirigirse más y mejor a su cliente final, que es el paciente.

En este tipo de comunicación todas las compañías hemos sacado muy malas notas. Es muy necesario tener un paciente informado y hacerle participe en el proceso de toma de decisiones cuando se está hablando de su enfermedad». Sin embargo, la opción de un desarrollo vertical estuvo defendida por buena parte de los ponentes de la Conferencia. Entre ellos, por Robert Luginbill, presidente y director general de Integrated Disease Management, una compañía subsidiaria de otro gigante de la industria farmacéutica: la Elly Lilly and Company. Los descubridores de muchos de los productos más famosos que hay en las farmacias, entre ellos el Prozac, han apostado firme por hacerse con el mercado del cuidado integrado de toda una enfermedad dada.

Estados Unidos

A pesar de que tienen confianza fundada en los productos que desde sus laboratorios verán la luz en los próximos años, los estadounidenses están apasionados con poder hacerse cargo -a su precio más justo- del tratamiento global de algunas de las más importantes enfermedades que padece la sociedad desarrollada. Los expertos de Lilly saben muy bien que en muchas enfermedades el resultado del tratamiento de las mismas no depende ni mucho menos de pastillas. La diabetes es un ejemplo de ello. La patología que padece un porcentaje muy significativo de la Humanidad no puede tratarse sólo con insulina. No iría bien un paciente diabético al que únicamente le preocupe el pincharse su dosis de hormona pancreática. Si no sabe de su enfermedad, de cuáles deben ser las medidas preventivas, del cuidado de sus ojos y sus riñones, de la dieta que debe realizar y del ejercicio que debería llevar a cabo, por más insulina que se pinche no se librará de que la enfermedad acabe deteriorándole. Eso lo saben bien los de la Lilly (por algo son uno de los más importantes productores de insulina del mundo), y por ello están trabajando muy a fondo para poder ofertar el cuidado total de la diabetes a un colectivo dado.

Lo mismo piensan de la esquizofrenia, la úlcera péptica o la depresión, por citar únicamente algunas de las enfermedades de cuyo tratamiento global puede que se encargue en el futuro una empresa de las que ahora se llaman farmacéuticas. Otro de los aspectos que tiene preocupados a muchos de los ejecutivos de la industria farmacéutica es el papel que están jugando y, sobre todo, que jugarán las distribuidoras farmacéuticas. Las llamadas PBM (Pharmaceutical Benefit Management), nacidas hace muy pocos años en Estados Unidos, ya están causando un gran furor al otro lado del Atlántico. Se trata de distribuidoras que funcionan de manera muy sofisticada y que proporcionan el tratamiento farmacológico de todos los asegurados de, por ejemplo, una empresa norteamericana.

Como en EEUU el gasto sanitario de los trabajadores repercute fundamentalmente sobre la empresa que los tiene contratados, las PBM ofrecen gestionar sus gastos de farmacia, proporcionando el mejor tratamiento que el médico indique a un enfermo determinado, pero con descuentos muy beneficiosos. El trabajar con PBM puede suponer un ahorro anual muy significativo para cualquier compañía que tenga, por ejemplo, miles de empleados. Lo que hace a las PBM muy atractivas para la industria farmacéutica es que basan su éxito en magníficos sistemas de información electrónica. La capacidad de generar datos de una buena PBM sobre

enfermos, enfermedades, medicamentos, visitas a los médicos y, en una palabra, resultados científicamente contrastables es de tal categoría que la mayoría de los laboratorios que han adquirido una PBM reconoce que lo ha hecho fundamentalmente por la información que iban a obtener de ellas, y lo que estos datos supondrán para sus estrategias de futuro. Por ellas han apostado fuerte tanto la Merck & Co. como la anglo-estadounidense SKB. Sin embargo, lo que parece que va a ser imparable en EEUU no llegará rápidamente a Europa. De acuerdo con Michele Hooper -experta estadounidense en PBM-, «el negocio tardará en llegar más al viejo continente porque en él existe más centralización y otros sistemas sanitarios, pero creemos que aunque su implantación no sea inmediata, tarde o temprano habrá PBM en Europa». El futuro

No hay duda de que la industria farmacéutica de comienzos del próximo siglo será distinta a como ha venido siendo en las últimas décadas. Los expertos predicen que quedarán muchas menos empresas de las que hay ahora. La lista de las compañías farmacéuticas se va a ver drásticamente reducida en los próximos años. Los altos ejecutivos de la industria parecen convencidos de que sobrevivirán muchos menos de los laboratorios que existen hoy en día. La reducción vendrá por dos caminos. Uno de ellos será la fusión entre empresas o la compra de unas por las otras. Así aunarán sus esfuerzos, desarrollarán sinergias y, desgraciadamente, reducirán plantilla. La compra de Wellcome por Glaxo, que hace pocas semanas ha sido confirmada, no será la última de las grandes fusiones farmacéuticas. Por otra parte, puede que quede poco sitio para las pequeñas compañías nacionales. Los “me toos” que puedan desarrollar en el futuro, si son los quintos -por ejemplo- no aportarán nada en un mercado en el que sólo habrá espacio para las grandes innovaciones y para una o dos moléculas parecidas. Asimismo, la pequeña ventaja que las compañías nacionales podían obtener del registro de un producto dado por parte de las autoridades sanitarias nacionales quedará anulado en cuanto todos los medicamentos tengan que ser autorizados al unísono por la Agencia Europea del Medicamento. Todo parece indicar que esta entidad y la FDA estadounidense serán los únicos “popes” a los que habrá que dar cuenta en los próximos años. Aún así, lo que parece claro es que en esta revolución el que saldrá ganando será indudablemente el cliente final de todo lo que conlleva un acto sanitario, el paciente o el potencial enfermo, en una palabra: el individuo.

Activitat 3

Recordem que les principals característiques del model biopsicosocial són:

- 1) Emfatitza la multicausalitat dels problemes relacionats amb la salut.
- 2) Evita el dualisme ment-cos, en subratllar l'existència d'interconnexions entre els diferents sistemes biològics psicològics i socials.
- 3) El subjecte té un paper actiu i és responsable de la seva salut.
- 4) Emfatitza tant la salut com la malaltia, en tractar-se de dos aspectes d'un mateix procés i concedeix gran importància a la prevenció de la malaltia i a la promoció de la salut.
- 5) Afavoreix la interdisciplinarietat a l'hora d'abordar els problemes de salut i té en compte els contextos de salut.
- 6) La salut és un problema social i polític, la solució del qual passa per la participació activa i solidària de la comunitat.
- 7) Implica una visió salutogènica, que comporta concebre la salut en positiu i una concepció social de les accions de salut.

Un servei de salut d'acord amb aquestes característiques seria aquell que:

- a) S'orientés, fonamentalment, a la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.
- b) Estigués conformat no solament per personal sanitari, sinó també per educadors, treballadors socials, etc.
- c) Tingué la comunitat com a diana de les seves accions.
- d) Dirigís els seus esforços a dotar les persones d'estratègies i recursos perquè elles mateixes regulessin el seu comportament de salut, es responsabilitzessin de l'efecte del seu estil de vida sobre la salut i participessin en la gestió dels serveis de salut.
- e) Considerés els factors psicosocials, juntament amb els biològics, com a factors etiològics o causals del procés salut-malaltia.

Exercicis d'autoavaluació

D'elecció múltiple

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

Qüestions breus

1. Per a Parsons, la malaltia és el fracàs o la incapacitat d'una persona per a exercir el seu rol social i laboral habitual, caient en una situació de dependència que es caracteritza, des d'un punt de vista social, per dos drets i dos deures:

a) Exempció de les responsabilitats socials, que ha de ser legitimada per una autoritat (el metge) per a evitar els abusos.

b) Exculpació respecte a la seva condició de malalt, perquè se suposa que aquesta és involuntària.

c) Obligació de reconèixer que "estar malalt" és una situació indesitjable, per la qual cosa la persona malalta té el deure i la responsabilitat de buscar ajuda i cooperar per a recuperar-se com més aviat millor.

2. Aquest model postula que l'adaptació a la vida moderna no és problemàtica en si, sinó que només es torna un problema quan l'individu té limitat l'accés als recursos econòmics, en aquest cas es desenvolupa l'"estrès d'estil de vida" o tensió resultant de conjugar un estatus socioeconòmic baix i un estil de vida relativament alt (entès com l'aspecte simbòlic de la classe social o l'estatus de modernitat), la qual cosa soscavaria la identitat social de l'individu.

3. Bishop defineix el model biopsicosocial com un acostament sistèmic a la malaltia que emfatitza la interdependència dels factors físics, psíquics i socials que hi intervenen, i també la importància d'abordar la malaltia en tots els seus àmbits.

Bishop no diferencia...

...entre salut i malaltia, per ell es tracta d'un mateix procés (*healthy*).

Desenvolupament del tema

Des d'un punt de vista mecanicista, amb el terme *estil de vida* es fa referència a comportaments individuals, discrets i específics que poden actuar com a factors de risc per a la salut, per la qual cosa solen ser objecte de diferents estratègies d'intervenció que pretenen la seva modificació u a un.

A aquesta concepció mecanicista, se li poden formular les crítiques següents:

1) Aquests comportaments no són discrets, sinó que varien al llarg d'una sèrie de dimensions com la freqüència, la duració, etc.

2) No són independents entre si i, per tant, el canvi en un d'ells pot afectar els altres.

3) No són un assumpte individual, sinó que estan determinats en gran manera pel sistema de valors preponderant en una classe social determinada i en un context sociocultural concret, i també per les condicions de vida a què les persones han de fer front.

Glossari

acció comunitària per a la salut *f* Esforços col·lectius de les comunitats per a incrementar el seu control sobre els determinants de la salut i en conseqüència per a millorar la salut.

educació per a la salut *f* Oportunitats d'aprenentatge creades conscientment que porten una forma de comunicació destinada a millorar l'alfabetització sanitària, inclosa la millora del coneixement de la població amb relació a la salut i el desenvolupament d'habilitats personals que condueixen a la salut individual i de la comunitat.

epidemiologia *f* Estudi de la distribució i dels determinants dels estats o esdeveniments relacionats amb la salut de determinades poblacions i l'aplicació d'aquest estudi al control dels problemes de salut.

esperança de vida (en néixer) *f* Mitjana d'anys que es pot preveure que viuran els nadons petits de bolquers tenint en compte les condicions actuals de salut. Aquest indicador reflecteix les condicions ambientals del país, la salut de la seva població, la qualitat de l'atenció que reben les persones quan s'emmalalteixen i les seves condicions de vida.

estatus *m* Avaluació d'un rol pel grup en què aquest rol està contingut o definit.

genotip *m* Conjunt dels gens existents en cada nucli cel·lular dels individus pertanyents a una determinada espècie vegetal o animal.

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

ontogenètic *adj* Relacionat amb el desenvolupament de l'individu.

paradigma *m* Model, teoria, percepció, supòsit o marc de referència.

rol *m* Conjunt de normes que defineixen la manera en què s'han de comportar les persones en una determinada posició social.

Bibliografia

Bibliografia bàsica

Donati, P. (1994). *Manual de Sociología de la salud*. Madrid: Díaz de Santos.

Eiser, J. R. (1982). *Social Psychology and Behavioral Medicine*. New York, NY, US: Wiley & sons.

Evans, R. G., Barrer, M. L., i Marmor, T. R. (Eds.), *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?*, 29-70. Madrid: Díaz de Santos.

León Rubio, J. M. i Medina Anzano, S. (2002). *Psicología social de la salud*. Sevilla: Comunicación Social.

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

Stephoe, A. (1995). *Psychosocial Processes and Health: A Reader*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Vicens, J. (1995). *El valor de la salud: una reflexión sociológica sobre la calidad de vida*. Madrid: Siglo XXI.

Bibliografia complementària

Ballester Arnal, R. (1993). Conducta de enfermedad. La búsqueda de una identidad. *Boletín de Psicología*, 38, 63-88.

Barriga Jiménez, S. (1992). La salud ¿para qué?. Elementos de psicología social en la promoción de la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 4(1), 3-20.

Barrón López de Roda, A. (1990). La salud como problema social. *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*, 5 (2), 262-266. València.

Belloch, A. i Olabarría, B. (1993). El modelo biopsicosocial: un marco de referencia necesario para el psicólogo clínico. *Clínica y Salud*, 4 (2), 181-190.

Dressler, W. W. i Badger, L. W. (1985). Epidemiology of depressive symptoms in black communities. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 212-220.

Dressler, W. W., Mata, A., Chavez, A., i Viteri, F. E. (1987). Arterial blood pressure and individual modernization in a Mexican community. *Social Science and Medicine*, 24 (8), 679-687.

Engel, B. T. (1980). Condicionamiento operante de respuestas viscerales. A V. A. Colotla, V. M. Alcaraz, i C. R. Schuster (Eds.), *Modificación de conducta. Aplicaciones del análisis conductual a la investigación biomédica*, 253-261. México: Trillas.

Fromm, E. (1999). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México: Fondo de Cultura Económica (traducció de l'edició original anglesa de 1956).

McHugh, S. i Vallis, T. M. (Eds.) (1986). *Illness behavior. A multidisciplinary model*. New York: Plenum Press.

Mechanic, D. (1962). The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 15, 189-194.

Mechanic, D. (1977). Illness behavior, social adaptation and the management of illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 165, 79-87.

Nonderfelt, L. (1993). Concepts of health and their consequences for health care. *Theory Medicine*, 14 (4), 277-285.

OMS (1989). La Carta de Ottawa suscribe un nuevo concepto: la promoción de la salud. *Información psicológica*, 37, 20-33.

Parsons, T. (1958). Definitions of health and illness in the light of american values and social structure. E. G. Jaco (Ed.), *Patients, physicians and illness*, 165-187. Glencoe, Illinois: The Free Press.

Pilowsky, I. (1969). Abnormal illness behavior. *British Journal of Medical Psychology*, 42, 347-351.

Referències bibliogràfiques

Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*, 11(1) 11-18.

Barriga Jiménez, S. (1988). *Salud y Comunidad: reflexiones psicosociales*. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.

Berkman, L. F. i Breslow, L (1980). *Health and ways of living: The Alameda County Study*. New York, NY, US: Oxford University Press.

Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: integrating mind and body*. Boston, MA, US: Allyn and Bacon.

Camacho, T.C. i Wiley, J. A. (1980). Health practices, social networks and change in physical health. A L. F. Berkman i L. Breslow (1983). *Health and ways of living: The Alameda County Study*, 1-21. New York, NY, US: Oxford University Press.

Coreil, J., Levin, J., i Gartly, E. (1992). Estilo de vida. Un concepto emergente en las ciencias sociomédicas. *Clínica y Salud*, 3(3), 221-231.

Corin, E. (1996). La matriz social y cultural de la salud y la enfermedad. A R. G. Evans, M. L. Barer i T. R. Marmor (Eds.). *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?*, 103-145. Madrid: Díaz de los Santos.

Dressler, W. W. (1982). *Hypertension and culture change. Acculturation and disease in the West Indies*. New York: Redgrane.

Evans, R. G., Barer, M. L., i Marmor, T. R. (1996). *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* Madrid: Díaz de Santos.

Hertzman, C., Frank, J., i Evans, R. G. (1996). Heterogeneidades en el estado de salud y determinantes de la salud de una población. R. G. Evans, M. L. Barer, i T. R. Marmor (Eds.). *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?*, 73-102. Madrid: Díaz de Santos.

Kaplan, H. B. (1991). Social psychology of the immune system: a conceptual framework and review of the literature. *Social Science and Medicine*, 33 (8), 909-923.

Marmot, M. G. i Mustard, J. F. (1996). La enfermedad coronaria desde una perspectiva poblacional. A R. G. Evans, M. L. Barer, i T. R. Marmor (Eds.), *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?*, 207-234. Madrid: Díaz de los Santos.

Marmot, M. G. i Theorell, T. (1988). Social class and cardiovascular disease: the contribution of work. *International Journal of Health Services*, 18, 659-674.

Mc Keown, T. (1979). *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* (2a ed.). Oxford: Basil Blackwell.

Mechanic, D. (1986). The concept of illness behavior: culture, situation and personal predisposition. *Psychological Medicine* 16, 1-7.

Parsons, T. (1951). *The social system*. Chicago, Illinois: Glencoe Free Press.

Pilowsky, I. (1986). Abnormal illness behaviour: a review of the concept and its implications. A S. Mc Hugh i M. Vallis (Eds.), *Illness behaviour. A multidisciplinary model*. New York: Plenum Press.

Piña López, J. A. (1991). Alternativa conductual sobre salud: justificación para el cambio conceptual. *Revista de Psicología de la Salud*, 3 (1), 45-54.