

El camp d'acció de la psicologia de la salut

Ana Ballesteros Regaña
Silverio Barriga Jiménez
José María León Rubio
Silvia Medina Anzano

P03/10040/00832

Índex

Introducció	5
Objectius	6
1. Promoció de la salut i prevenció de la malaltia	7
2. Diagnòstic, tractament i rehabilitació de la malaltia	13
3. Millora del sistema d'atenció de la salut	17
Resum	22
Activitats	23
Exercicis d'autoavaluació	23
Solucionari	25
Glossari	29
Bibliografia	30

Introducció

El camp d'acció de la psicologia de la salut està determinat, en gran manera, pels seus objectius. Aquests van ser formulats en el mòdul "Definició i delimitació conceptual de la psicologia de la salut", i d'acord amb aquests, considerem que el camp d'acció de la psicologia de la salut (és a dir, les àrees d'aplicació dels seus coneixements i tècniques) són:

1) La promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.

Això implica capacitar les persones i comunitats per a augmentar el seu control sobre els determinants psicosocials de la seva salut i, per tant, conservar-la i millorar-la.

2) Diagnòstic, tractament i rehabilitació de la malaltia.

Implica l'anàlisi i modificació, si és procedent, dels factors psicosocials associats al patiment d'una malaltia en cadascuna de les seves fases (etiologia, diagnòstic, tractament i rehabilitació).

3) Millora del sistema de tenir cura de la salut per a aconseguir més eficàcia i qualitat de les seves prestacions i serveis.

En aquest mòdul presentarem algunes de les aportacions més característiques o comunes de la psicologia de la salut a cadascuna d'aquestes àrees.

Objectius

Amb l'estudi d'aquest mòdul haureu d'assolir els objectius següents:

- 1.** Exemplificar l'aplicació dels principis i tècniques de la psicologia de la salut per a promocionar la salut i prevenir la malaltia.
- 2.** Exemplificar l'aplicació dels principis i tècniques de la psicologia de la salut per a diagnosticar, tractar i rehabilitar la malaltia.
- 3.** Exemplificar l'aplicació dels principis i tècniques de la psicologia de la salut per a millorar el sistema de tenir cura de la salut.

1. Promoció de la salut i prevenció de la malaltia

Tant la promoció de la salut com la prevenció de la malaltia tenen per objectiu capacitar els individus i la comunitat per a controlar els determinants de la salut, entre els quals hi ha el comportament i el medi ambient, tant físic com social. En el primer cas, instaurant o augmentant aquells comportaments que sabem que estan associats, positivament, amb la salut (promoció de la salut). En el segon cas, reduint o eliminant aquelles conductes que comportin un risc per a la nostra salut, i també modificant els factors ambientals que puguin posar-la en perill (prevenció de la malaltia).

Per a aquests fins l'estratègia més utilitzada és l'**educació per a la salut**, que podríem definir de la manera següent:

L'educació per a la salut és qualsevol combinació d'activitats d'informació i de formació adreçades a examinar críticament els problemes de salut, informar, motivar i ajudar les persones i els grups a adoptar pràctiques i estils de vida saludables, propugnar els canvis ambientals necessaris per a facilitar aquests objectius i dirigir la formació professional i la investigació als mateixos objectius.

Més específicament, els seus **objectius** són:

- 1) Difondre en la comunitat un concepte integral de salut i la idea que aquesta és un valor fonamental per al seu desenvolupament.
- 2) Proporcionar a la població coneixements sobre els factors determinants de la salut, els riscos per a la salut i els mitjans per a evitar-los.
- 3) Augmentar-ne la capacitat per a resoldre els seus problemes de salut mitjançant el canvi de comportament, el desenvolupament d'hàbits i costums sans, i l'eliminació dels nocius.

Els comportaments que més solen ser objecte dels programes d'educació per a la salut són:

- a) L'activitat física regular.
- b) Les pràctiques nutricionals.
- c) Els comportament de seguretat i higiene en la feina.
- d) El consum de tota classe de drogues.

- e) Els comportaments orientats a l'autoexploració com a mitjà de detecció precoç de malalties.
 - f) Estratègies per a minimitzar la tensió i l'estrès de la vida quotidiana.
 - g) Donació de sang i òrgans.
 - h) Conductes orientades a establir relacions socials i resoldre problemes interpersonals.
 - i) Adherència als règims i prescripcions mèdiques.
- 4) Afavorir el desenvolupament dels serveis sanitaris, potenciant-ne una utilització correcta, com la seva qualitat i eficàcia.

Els programes d'educació per a la salut poden adoptar formats molt diferents, però tots tenen en comú la seva **metodologia**, els passos de la qual podríem resumir de la manera següent:

- a) **Anàlisi de necessitats** de salut en funció dels problemes de salut identificats i de l'anàlisi dels serveis i recursos disponibles en la comunitat.
- b) **Establiment de prioritats** i elecció dels problemes objecte d'intervenció.
- c) **Definició d'objectius** en termes operatius o de comportament que s'han d'aconseguir.
- d) **Selecció de la metodologia** que es considera més oportuna per a aconseguir els objectius plantejats. Sol incloure la definició del grup diana, l'elecció de les tècniques, els procediments que s'han de seguir i els recursos que s'utilitzaran.
- e) **Execució** del programa.
- f) **Avaluació** del desenvolupament i dels resultats del programa.
- g) Formulació de les **conclusions** i reformulació del programa.

Un dels aspectes més importants de la metodologia és la selecció de la tècnica que emprarem per a fer arribar el missatge als educands. Les tècniques es poden classificar en directes o indirectes, segons la relació que facilitin entre l'educador i l'educand.

Les primeres s'utilitzen en l'educació d'individus i grups, i les més habituals són l'entrevista i la discussió en grup. Les segones s'usen en l'educació a grups i comunitats, i les més habituals són les campanyes de salut i la publicitat mitjançant diversos mitjans de comunicació.

Quan utilitzem tècniques directes per a informar sobre els factors de risc per a la salut i persuadir a favor del canvi de conducta, un element clau que hem de con-

siderar són les condicions que faciliten la comprensió, el record i el compliment dels missatges de salut. Costa i López (1985) les resumeix de la manera següent:

- 1) Presentar el missatge de manera intel·ligible. Evitar l' "argot" tècnic.
- 2) Donar nocions elementals de salut.
- 3) Il·lustrar la informació amb exemples pròxims a l'individu.
- 4) Comprovar si els missatges s'entenen per mitjà de preguntes.
- 5) Emfatitzar la importància del missatge.
- 6) Usar paraules i frases curtes.
- 7) Usar poques frases.
- 8) Utilitzar categories explícites i clares (per exemple, causes del problema, curs d'aquest i accions que s'han d'emprendre).
- 9) Repetir.
- 10) No donar gaires missatges de salut al mateix temps.
- 11) Donar normes específiques, detallades i concretes sobre com portar a terme la prescripció de salut.
- 12) Mostrar una actitud amistosa i pròxima.
- 13) Utilitzar mètodes educatius bidireccionals. Emfatitzar el caràcter de diàleg i acord.

En el cas que utilitzem la discussió grupal, hem de tenir en compte que un dels elements més determinants de l'eficàcia d'aquesta tècnica és la competència de l'animador del grup per a complir les funcions següents:

a) Aclariment de les tasques, que comporta promoure una definició comuna dels objectius perseguits, reformular la intervenció d'un participant si creu que aquesta no ha estat interpretada de la mateixa manera pels diferents membres del grup, enllaçar les intervencions entre si i amb la línia general de les idees expressades pel grup i, finalment, puntualitzar la situació en què es troba el grup respecte a l'objectiu plantejat.

b) Estimulació dels membres del grup. Per a això, haurà de suscitar la participació dels membres del grup formulant-los preguntes o provocant respostes reflexes, estimular la discussió i valorar-ne la marxa.

c) Control de la discussió; és a dir, mantenir-la dins del marc proposat, proposar procediments de discussió, afavorir que tots els membres tinguin les mateixes oportunitats de participar i restablir un mínim d'ordre i coherència en els moments de confusió o excitació.

d) Manteniment d'un clima favorable. Això implica evitar que el grup ignori o rebutgi, prematurament, una idea exposada. Prendre en consideració els

sentiments personals que experimenten els membres del grup al llarg de la discussió i guiar el grup constructivament i de manera segura enfront dels conflictes, esforçant-se perquè s'arribi a la unanimitat.

Si la nostra opció és l'aplicació d'una tècnica indirecta; és a dir, qualsevol estratègia mediàtica, llavors, un tema fonamental és l'elecció del mitjà més adequat, que podem facilitar comprovant quin s'ajusta més a una sèrie de criteris com, per exemple, el cost per persona exposada al missatge, grups socioeconòmics que inclou, edat mitjana més compresa i l'eficàcia per persona exposada (vegeu la taula següent).

	Cost per persona	Grups assolits	Mitjana d'edat	Eficàcia per persona
Cartells	Mitjà	Mitjà	Nens i joves	Mitjana-baixa
Tanques	Baix	Mitjà-baix	Totes les edats	Baixa
Fullets	Baix	Totes les classes	Totes les edats	Mitjana
Cartes	Alt	Totes les classes	Totes les edats	Alta
Diaris	Alt	Mitjà-alt	Adults de mitjana edat i ancians	Mitjana
Revistes	Mitjà	Mitjà-alt	Joves, adults de mitjana edat (dones)	Mitjana-alta
Ràdio	Baix	Totes la classes	Adolescents (dones), adults i ancians	Mitjana
Cinema/vídeo	Alt	Totes la classes	Totes les edats	Mitjana-alta
Televisió	Alt	Mitjà-baix	Adults de mitjana edat i ancians	Mitjana

L'estudi dels hàbits d'higiene bucodental

El treball de Galindo i Galindo (1990) exemplifica l'aplicació de tècniques directes d'educació per a la salut, a fi de promocionar-la. En concret, aquest estudi tenia per objectiu implantar hàbits d'higiene bucodental en trenta-tres nens amb retard mental, escolaritzats en un centre d'educació especial.

La intervenció es va fonamentar en dues estratègies:

1) Planificació i programació d'antecedents. En aquest cas es van emprar cinc estratègies complementàries:

a) Exposició de missatges persuasius (cartells, muntatges audiovisuals, sessions de titelles, dramatitzacions i cançons dissenyades especialment per aquest cas).

b) Exposició a models de salut d'higiene bucodental. Es van emprar tres procediments:

- Utilització de la tècnica de "modelatge", per a fer l'activitat del raspallat dental al col·legi, en grups de tres nens dirigits per un company-"model", preparat expressament pels investigadors, entre els nens més grans més capacitats.

- Sessions d'aprenentatge col·lectiu mitjançant ritmes musicals amb vista a la incorporació en el raspallat de diferents zones bucals.
- Així mateix el personal laboral del centre va començar a menjar, gradualment, fruita a l'hora de l'esbarjo.

c) Implantació en l'ambient de senyals discriminatives per a l'acció.

d) Configuració d'un context físic i social adequats. Preparació "atractiva" del bany del col·legi i creació d'un centre d'interès general: l'existència d'un personatge imaginari, el monstre Cariosón, ideat amb l'objectiu de motivar i possibilitar diferents actuacions previstes.

e) Inclusió d'aspectes d'higiene bucodental en el currículum escolar.


2) **Planificació i programació de condicions estimants conseqüents.** Fonamentalment, reforços materials (adhesius, pòsters i fotografies), socials (alabances i suport social i contextual i immediat per part de tot el personal laboral del centre) i d'activitat, en concret, l'execució pràctica de la principal conducta-meta que es pretenia implantar; és a dir, el raspallat dental diari al col·legi després de l'esmorzar.

Els resultats van demostrar aquestes estratègies van ser eficaces per a aconseguir els objectius del programa.

Per a exemplificar l'aplicació de les tècniques indirectes, podem utilitzar els programes de prevenció del tabaquisme, que destaquen pel seu tarannà psicosocial, aquells que basats en la **teoria de l'aprenentatge social** de Bandura (1982) tracten d'oferir models de conducta associats al rebuig de l'hàbit de fumar o que entren estratègies eficaces per a resistir les pressions socials que ens inviten a fumar.

En aquesta línia, s'ha de citar, com a exemple, el projecte d'investigació: **Efectes de l'estatus del model sobre la conducta de fumar i les actituds cap al tabac** (Fraga i altres, 1991), que tenia per objectiu esbrinar quins models eren més efectius per a modificar la conducta de fumar i les actituds cap al tabac: els models de prestigi (esportistes i cantants famosos d'ambdós sexes) o els models semblants als observadors (estudiants universitaris).

Per a això, els investigadors van elaborar gravacions, en format publicitari, en les quals actuaven com a models de rebuig de la conducta de fumar subjectes semblants a l'observador o personatges de prestigi. Els subjectes van ser exposats vint vegades a aquestes gravacions, que es van presentar a l'inici i al final d'una sèrie de pel·lícules que formaven part del programa d'activitats del curs en què estaven matriculats a la universitat. Els resultats van indicar que l'exposició a models de prestigi va reduir el consum de tabac que declaraven els subjectes.

No obstant això, les actituds cap a "fumar" i cap al "tabac" (mesures per mitjà d'escala de diferencial semàntic) no van mostrar variacions significatives. 

L'educació per a la salut no solament persegueix el canvi de la conducta de les persones, grups o comunitats, sinó també la modificació de factors ambientals que comportin un risc per a la salut.

L'educació per a la salut es converteix ara en **educació ambiental**. Aquí s'inclouen una gran diversitat d'estratègies que tenen per objectiu sensibilitzar-nos sobre la influència de l'ambient en la nostra salut i qualitat de vida, de ma-

nera que siguem capaços de crear condicions ambientals saludables. Per a l'èxit d'aquest objectiu és necessari identificar abans els factors ambientals que actuen com a determinants, directes o indirectes, de la nostra salut.

La majoria dels estudis realitzats en aquesta línia conclouen que l'element clau o de risc són els processos psicològics associats a certes característiques de l'ambient: la interacció persona-ambient.

En aquest sentit, s'ha comprovat que les respostes d'estrès davant d'un entorn insatisfactori són "normals", i no solament porten a la malaltia, sinó que bloquegen les possibilitats de modificar l'entorn o tenim la percepció que aquest és immodificable.

Per tant, per a mitigar o eliminar els efectes nocius que sobre la salut poden exercir certes característiques de l'ambient, es requereixen noves polítiques públiques de planificació i disseny urbanístic que fomentin la participació comunitària en la gestió i modificació de l'entorn. Així es passaria d'una situació d'alienació o indefensió a una altra en què s'incrementarien les expectatives de les persones sobre que el seu comportament pot produir els resultats volguts.

Per a l'èxit de la participació és necessari desenvolupar noves competències en el ciutadà, per al qual solen dissenyar-se programes d'educació ambiental que tenen per objectiu promoure en les persones actituds i comportaments per a l'ús adequat del medi ambient natural i construït, i també per a proveir-lo d'estratègies per a afrontar l'estrès introduït per la percepció de riscos ambientals i instaurar en el nostre repertori de conducta respostes ecològicament responsables.

Exemples d'entorn insatisfactori

Habitatges no confortables, situats en zones sense espais per a l'esbarjo i des d'on és difícil accedir als serveis públics, etc.

2. Diagnòstic, tractament i rehabilitació de la malaltia

La competència del psicòleg de la salut per a intervenir en aquest àmbit està justificada pels fets següents:

1) Els **factors de risc** d'algunes malalties són de **caràcter psicològic**. Per consegüent, el psicòleg de la salut ha d'intervenir per a identificar, avaluar i modificar aquests factors. És el cas, per exemple, del tabaquisme o del patró de conducta tipus A.

2) El **diagnòstic d'una malaltia** greu o incurable (per exemple, el càncer o la sida) i l'**aplicació de procediments mèdics** dolorosos o limitadors de la nostra capacitat de funcionament (per exemple, la quimioteràpia del càncer, amputacions o un llarg procés d'hospitalització) són situacions amenaçadores davant les quals el pacient sol experimentar:

- a) Ansietat o angoixa.
- b) Sensació d'indefensió.
- c) Desorientació.
- d) Sentiments d'incapacitat.
- e) Percepció de vulnerabilitat.
- f) Etc.

El cas de la sida

Quan un individu és diagnosticat de sida es produeixen una sèrie de canvis importants en el seu àmbit psicosocial, que aniran associats més tard a trastorns somàtics desagradables com ara dolor, malestar, canvis en l'aspecte físic, etc. A més, apareixen tota una sèrie de components agreujadors del procés, com la por dels portadors davant de la possibilitat de contagiar persones pròximes, unit al temor al possible rebuig social. Això genera en els individus uns sentiments de culpabilitat angoixants.

D'altra banda, apareixen també conductes d'autoaïllament, els afectats pel VIH tendeixen a evitar contactes interpersonals o llocs públics on les possibilitats d'intercanvi de gèrmens són més grans. Així, tenen pocs suports psicosocials. En tot cas, aquests suports se circumscriuen als més pròxims al subjecte o a equips institucionals.

Per si tot això fos poc, en aparèixer la sida el subjecte es veu sotmès a una sèrie de proves de laboratori, revisions, hospitalitzacions, etc., que no fan sinó afegir elements estressants a la situació. A més, aquest quadre és acompanyat amb freqüència per reaccions d'ansietat que poden arribar a fer-se cròniques, fent més vulnerable el subjecte. A tot això, hi cal afegir les conductes depressives que també apareixen amb una gran freqüència i en un nombre elevat de casos.

En definitiva, el subjecte es troba en una situació de profunda indefensió. Segons sostenen les teories psicosocials més recents sobre els processos de salut i malaltia, aquesta última genera en els subjectes una sensació de no controlar. En la mesura que l'individu sigui capaç de desenvolupar estratègies que li permetin un cert control de la situació, els efectes perniciosos de les malalties ho seran menys.

La sida es comporta conforme a la concepció teòrica anterior: genera en els subjectes un alt grau d'indefensió/incontrolabilitat. Si el pacient que té la sida pren consciència que pot tenir un cert control sobre la situació i pot desenvolupar activitats per a tenir cura de la seva salut, els efectes de la sida seran una mica menys devastadors i la reacció al tractament mèdic serà millor o més eficaç.

Sens dubte, els problemes que acabem d'esmentar il·lustren l'aplicació de les tècniques psicològiques com a tractament complementari dels procediments mèdics.

3) Les tècniques psicològiques poden aplicar-se com a tractament de base d'algunes malalties com la hipertensió, la paràlisi facial o la incontinència fecal. És el cas de l'aplicació de la **biofeedback** o **bioalimentació** per al tractament d'un ampli rang de trastorns psicofisiològics.

Donar una definició de bioalimentació no és una tasca fàcil, perquè els models teòrics proposats per a explicar el fenomen són diversos i cadascun ha desenvolupat una terminologia pròpia. No obstant això, i igual que ocorre en altres camps de la psicologia, es pot optar per una formulació descriptiva del fenomen en què coincideixin especialistes adscrits a diferents orientacions teòriques. Aquesta formulació podria ser la següent:

“La bioalimentació és el procediment pel qual s'informa el subjecte, mitjançant mètodes electrofisiològics, sobre el seu funcionament biològic, per tal que pugui participar activament en el seu control i la seva modificació.” (León Rubio, 1985, p. 3).

Els orígens de la bioalimentació i les seves bases experimentals es troben en el següent:

- Els treballs experimentals sobre el condicionament operant de respostes autonòmiques.
- Els estudis sobre el control voluntari de les ones elèctriques del cervell.
- La investigació sobre el control après d'unitats motores individuals.

Aquests treballs van deixar ben clar que, amb certes limitacions, era possible controlar una resposta biològica mitjançant l'aprenentatge i la retroalimentació. Aquests estudis, encara que centrats en sistemes de resposta i en objectius diferents, es poden agrupar en funció de les dues característiques següents:

a) Les respostes que van estudiar no podien observar-se directament (pressió sanguínia, ritmes electroencefalogràfics, activitat electromuscular, etc.).

b) Tots tenien per objectiu entrenar el subjecte perquè controlés la resposta biològica, presentant de manera contingent amb aquesta algun estímul anàleg, que el subjecte sí que podia observar.

Lectura recomenada

Vegeu J. A. I. Carboles i J. Godoy (1987). *Biofeedback*. Barcelona: Martínez Roca.

Principis comuns que conformen la base metodològica d'aquesta tècnica que ha estat aplicada amb èxit desigual a un gran nombre de problemes de salut.

4) El patiment d'una malaltia crònica i les incapacitats que produeixen algunes malalties exigeixen un **procés de reajustament psicològic i social**.


Tant l'acceptació com la rehabilitació de la malaltia són processos que impliquen l'adquisició de destreses físiques, psicològiques o socials noves que contribueixin a un millor i major ajust social.

Un dels factors més importants, en aquest cas, és la motivació per al canvi de conducta i la persistència en l'esforç rehabilitador. Les teories actuals sobre la motivació mantenen que per a iniciar una conducta i persistir-hi és fonamental plantejar-se metes i tenir l'esperança que un comportament determinat conduirà a les metes esperades. Des d'aquest punt de vista, la falta de motivació respecte a la rehabilitació està relacionada amb les expectatives del pacient sobre que les conductes que ha de portar a terme durant el procés rehabilitador no seran útils per a obtenir els resultats volguts, la qual cosa pot ser un reflex d'una creença generalitzada en la incapacitat dels seus actes per a provocar canvis favorables en el seu entorn.

Aquest tipus d'expectatives generalitzades d'externalitat semblen produir més respostes desadaptatives que les expectatives d'internalitat. A això, hi cal afegir que els subjectes amb tendència a l'externalitat solen percebre el seu món com un lloc cruel en el qual les coses poden anar malament amb molta freqüència, el que contribueix que la persones tingui una baixa autoestima i, per consegüent, una resposta inadequada a la rehabilitació.

Expectativa d'internalitat

Creure que mitjançant el nostre comportament podem modificar el nostre entorn més immediat.

Una altra creença sobre el "jo" (*self*) que ha demostrat tenir un paper significatiu en manera d'afrontar el problema i en els resultats de la rehabilitació, és la percepció del "jo" com a inici de la cadena causal de l'esdeveniment que va provocar la incapacitat. Així, està demostrat que les persones que perceben l'esdeveniment com la conseqüència lògica i inevitable d'una conducta de lliure elecció, són les que millor ho afronten. És a dir, la capacitat per a percebre una relació ordenada entre la nostra conducta i els resultats és important per a poder portar a terme un afrontament efectiu del problema que afecta el pacient. 

En fi, els sentiments de responsabilitat davant de la mala fortuna d'un mateix són constructius per al procés rehabilitador, ja que impliquen certa capacitat de controlar els esdeveniments. Tot el contrari que la sensació que la mala fortuna s'ha encruel·lit en nosaltres, perquè aquesta implica que manquem de control sobre el que ens succeeix.


De tot allò que s'ha exposat, es dedueix que a l'hora de dissenyar un programa de rehabilitació i calcular la possibilitat que sigui complert pel pacient, s'han de donar els passos següents:

a) Avaluar les expectatives que té el pacient que els esforços es vegin recompensats.

b) Examinar els sentiments de desemparament o indefensió que segueixen als esdeveniments que són jutjats pel pacient com a aliens al seu control. Si n'hi ha, l'acció rehabilitadora haurà de començar per la seva eradicació, ja que aquests seran un obstacle per al seu progrés.

c) Analitzar els sentiments de culpabilitat i autoretret que redueixen les expectatives per a actuar en el futur, eficaçment, podent bloquejar el programa rehabilitador i impedir-ne el progrés. Igual que en el cas anterior, si n'hi hagués, l'acció rehabilitadora hauria de començar per modificar-les o disminuir-les.

d) A més, atès que els marcs on solen dur-se a terme els processos rehabilitadors (hospitals, etc.) redueixen els sentiments de control dels pacients, seria convenient establir els objectius del programa rehabilitador d'acord amb el pacient, assegurant-se que han estat ben entesos per aquest, i negociant amb ell indicadors objectius del progrés.

e) Finalment, s'ha d'indagar sobre el nombre, la freqüència i la satisfacció del pacient amb les relacions socials, perquè són molts els estudis empírics en què s'ha posat de manifest que les persones que pertanyen a xarxes socials àmplies, en les quals els contactes socials són freqüents i satisfactoris, són les que millor reaccionen davant de la malaltia crònica o incapacitant. En conseqüència, quan sigui necessari, hem de fomentar la constitució i desenvolupament de grups d'autoajuda, sobretot en aquelles situacions en què la malaltia ha pertorbat l'equilibri de rols familiars i laborals. 

3. Millora del sistema d'atenció de la salut

Les aportacions que els psicòlegs poden fer per a aconseguir un sistema d'atenció de la salut de més qualitat i eficàcia són moltes, com a exemple podeu veure les següents:

- 1) Elaborar models integrats d'organització i gestió dels serveis de salut.
- 2) Crear equips de suport comunitari (participació ciutadana) per a afrontar les necessitats més urgents de la comunitat.
- 3) Desenvolupar programes que generin actituds favorables cap a l'ús racional i solidari dels serveis de salut.
- 4) L'entrenament en habilitats de direcció i gestió als responsables dels diversos centres de salut perquè puguin aconseguir un clima organitzacional adequat que faciliti l'execució de les tasques i funcions del centre, i també optimitzar-ne els recursos.
- 5) Facilitar la coordinació i el funcionament de l'equip sanitari.
- 6) Formar el personal de salut en les tècniques d'organització modernes i en l'aprofitament de recursos, materials i humans, amb l'objecte de millorar les prestacions del sistema sanitari.
- 7) Desenvolupar programes per a l'atenció de la persona que en té cura. Partint del supòsit que més qualitat de vida laboral dels professionals sanitaris contribueix a millorar la prestació dels seus serveis i, per tant, redunda en benefici no solament d'aquests professionals, sinó també dels usuaris dels serveis de salut. En aquest sentit, s'han dissenyat programes d'assessorament o *counseling* que solen perseguir dos objectius; reduir l'estrès ocupacional i incrementar la competència professional mitjançant l'aprenentatge de procediments no sanitaris que són útils per a l'exercici de la seva professió en un context organitzatiu que té unes característiques peculiars.


Un tema transversal a tots els apuntats, i molt relacionat amb això últim, és l'entrenament en habilitats socials i de comunicació en l'àmbit de la salut.


Diferents estudis han posat de manifest que la problemàtica de les relacions interpersonals és l'àrea més frustrant i estressant de la vida quotidiana en el marc hospitalari, per tant, realitzar entrenaments en habilitats socials i de comunicació hauria de ser una part fonamental en la formació integral del futur professional de la salut. D'aquesta manera, a banda de millorar la salut laboral

d'aquests professionals, evitariem les conseqüències negatives que per a la funció assistencial tenen els estats emocionals associats a la seva frustració i distrès.

En l'àmbit dels serveis sanitaris, són molts els problemes que s'originen quan la comunicació és dolenta, precipitada i impersonal, com queda reflectit en la literatura respecte d'això, la revisió de la qual permet formular les conclusions següents:

- 1) La causa més important d'insatisfacció dels pacients hospitalitzats és la falta de comunicació amb el personal de l'hospital, el que els porta a percebre l'ambient hospitalari com un motiu d'estrès, amb les conseqüències negatives que això comporta per a recuperar i restablir el seu estat de salut.
- 2) Entre un 30% i un 50% dels pacients no mostren adhesió al tractament a causa d'una comunicació deficient amb el professional sanitari.
- 3) La falta d'informació sobre els processos de malaltia provoca un retard en la recerca de tractament i un agreujament d'aquests processos.
- 4) Una comunicació deficient entre el professional i l'usuari sol provocar que aquest últim oblidí les instruccions del primer, en detriment com és lògic de la seva recuperació.
- 5) Finalment, està demostrat que l'establiment d'una adequada interacció entre el professional i els usuaris dels serveis sanitaris garanteix l'adopció de mesures i estratègies preventives per part de l'usuari, evitant així problemes futurs.

Aquestes conclusions avalen la importància que té l'anàlisi de la relació professional de la salut-usuari tant des d'un punt de vista preventiu per a millorar el procés terapèutic, perquè aquest no és més que un procés d'interacció i influència social l'objectiu del qual és la curació o rehabilitació del malalt, i l'èxit de la qual dependrà en gran manera d'aquesta relació. És necessari que el professional de la salut assumeixi el fet que les relacions interpersonals són una part bàsica o fonamental del procés d'atenció i, per consegüent, part integrant de les cures que presta. 

Partint d'aquests supòsits generals i considerant els problemes amb què ha d'enfrontar-se dia a dia el professional de la salut, com, per exemple, les dificultats manifestades per a establir unes relacions interpersonals que optimin els efectes benèfics de la seva intervenció, s'ha proposat abordar aquesta problemàtica des de la perspectiva, ben contrastada, de l'entrenament en habilitats socials, obviant caure en el tòpic (molt estès en l'àrea de salut) que "saber comunicar-se" és un "art" més que una "tècnica" i, per tant, no susceptible d'enquadrar-se dins d'un procés d'ensenyament-aprenentatge, sinó que depèn de la idiosincràsia personal de cadascú, i també de l'experiència que es pugui adquirir casualment. 

Un exemple...

... dels problemes que ha d'afrontar cada dia el professional de la salut és el cas d'iniciar, mantenir i reforçar una conversa amb pacients dels quals es necessita informació personal útil per a una valoració completa del problema que els afecta, i també la indefensió que experimenten —perquè no tenen activitat— en establir relacions amb professionals de currículums diferents dins d'un mateix grup de treball.

Entre les aplicacions més suggeridores i prometedores dels entrenaments en habilitats socials, hi ha les orientades a la **formació dels professionals sanitaris**.

L'aprenentatge del rol professional exigeix el coneixement i domini d'un conjunt ben delimitat d'habilitats específiques, ja siguin cognitives (coneixements sobre la matèria), o tècniques (maneig de tècniques, instrumental, etc.); però així mateix requereix, en major o menor mesura, determinades habilitats socials o comunicatives, de caràcter general (com pot ser saber mantenir una conversa) o específiques (per exemple, desenvolupar empatia).

La importància que puguin tenir aquestes habilitats socials guarda relació amb la quantitat i qualitat de les interaccions socials, i també amb el paper que aquestes puguin tenir en la consecució de diverses metes professionals. No és estrany que l'absència d'habilitats socials per part d'un professional provoqui la insatisfacció del pacient, i que aquesta relació insatisfactòria afecti negativament la resta de les competències tècniques (el pacient posa en dubte la competència professional del sanitari). Tampoc és rar el contrari:

Una bona relació professional–usuari dels serveis de salut pot suplir deficiències tècniques i convertir-se en el principal mètode per a aconseguir objectius professionals determinats, com ara la recuperació del pacient.

L'aplicació dels entrenaments en habilitats socials a la formació dels professionals de la salut exigeix tenir en compte diversos contextos d'interacció, i dins d'aquests, diferents objectius. D'aquesta manera, els entrenaments en habilitats socials poden enfocar-se a la relació del professional:

- 1) amb l'usuari del servei de salut; i
- 2) amb la resta dels membres de l'equip de salut.

Al seu torn, el primer context pot incloure dos objectius diferenciats:

- a) mantenir una interacció satisfactòria i eficaç; i
- b) dotar l'usuari de determinades capacitats, perquè aquest mantingui una línia de comportament coherent (per exemple, amb un tractament) i pugui, a més, instruir i capacitar a altres persones, pròximes a ell o que estan al seu càrrec.

A continuació, revisem algunes de les habilitats que conformarien l'èxit d'aquests objectius:

En tots dos casos serà fonamental l'adquisició de diverses habilitats de comunicació i tècniques assertives. Entre les primeres hi ha la correcció dels pensaments distorsionats que condueixen a estats emocionals negatius i el maneig dels facilitadors de la comunicació.

En la taula següent es defineix i exposen exemples de correcció dels pensaments distorsionats més habituals en la interacció social.

Diàlegs interiors positius		
Pensament original	Error	Pensament corregit
Mai no em fan cas.	Generalització, d'una situació particular se'n fa una llei.	Algunes vegades no em fa cas (pensi en percentatges). Avui, en relació amb aquesta qüestió, no m'has fet cas (sigui específic).
La culpa és meva.	Culpabilitat, autocàstig.	Sóc responsable d'haver fet tal cosa (pensi des del punt de vista de la responsabilitat personal, li permetrà donar solucions i aprendre dels errors).
No sóc tan bon professional com d'altres.	Negativisme, veure les coses pel costat fosc, pel que no té solució.	Hi ha coses que els altres fan millor que jo (sense exagerar). Sóc tan bo com d'altres per a això (relativitzar).
Em mira com si fos un dimoni.	Personalització o pensar que el que els altres fan té a veure amb un mateix.	T'he molestat? (Comprova-ho i sortiràs de dubtes.)
No hi ha ningú a qui pugui recórrer, ho he de solucionar jo.	Hiperresponsabilitat, que el portarà a sentir-se angoixat i a no disposar dels altres.	Voldria resoldre això per mi mateix. Tenir responsabilitats no comporta tenir totes les solucions (pensi més en el que vulgui, en el que hauria de fer i disposi més dels altres).
Em sento malament perquè estic envoltat d'inútils.	Raonament emocional, creure que el que hom sent depèn exclusivament de la situació o dels altres.	Em sento malament perquè no faig o dic el que vull (les nostres emocions i els nostres estats d'ànim depenen més del que fem i no diem que de les nostres circumstàncies externes).

Quant als facilitadors de la comunicació, en la llista següent presentem els principals:

- Triï el lloc i el moment oportú per a assegurar-se que serà escoltat.
- Mostri's serè i relaxat.
- Demostri, verbalment i corporalment, que escolta el seu interlocutor.
- Pregunti ordenadament; del que és general (preguntes obertes) al que és específic (preguntes tancades).
- Demani l'opinió del seu interlocutor.
- Parli en primera persona, autoafirmant-se.
- Sigui consistent amb el que diu, no es contradigui.
- Busqui els punts d'acord amb el seu interlocutor, sigui positiu.
- Parli de manera que l'altre l'entengui.
- Si ha de retreure-li alguna cosa que hagi fet o dit, faci-hi referència de manera concreta i específica, sense caure en generalitzacions.
- Expressi els seus sentiments i estats d'ànim directament.

Quant a les tècniques assertives, aquestes estan orientades a l'adquisició i desenvolupament del comportament assertiu. Aquest implica ser capaç d'expres-

sar els seus desigs, sentiments, necessitats, drets o opinions, però mai a costa dels altres. Significa ser comprensiu amb els punts de vista de l'altre, tenir un punt de vista positiu i comportar-se de manera íntegra, madura i racional.

Les persones assertives són capaces de controlar situacions difícils, amb el que es redueix el seu estrès, atès que s'anticipen a les situacions conflictives tractant-les hàbilment. Això, sense cap dubte, les fa sentir-se satisfetes amb els resultats que obtenen. A més, durant el desenvolupament de la interacció ningú no perd la seva integritat; és per això que ambdós interlocutors aconseguen satisfer alguna necessitat.

Les persones assertives solen parlar en primera persona i preguntar al seu interlocutor, així el seu llenguatge està ple de paraules i expressions del tipus:

- opino
- sento
- vull
- necessito
- què penses
- què desitges
- què vols

Expressions que solen anar acompanyades d'un llenguatge corporal d'acord, caracteritzat per:

- postura relaxada
- mirada directa
- expressió de la cara d'acord amb les circumstàncies
- veu modulada
- braços i mans amb moviments fàcils i relaxats

A més, les persones assertives solen respondre de manera directa, fluida i sense alterar-se.

Els tres passos necessaris per a aconseguir l'assertivitat són:

Passos assertivitat	Expressions indicadores
Escolltar activament.	T'entenc...; Em poso en el teu lloc...; Comprend el...
Dir el que pensa o opina.	Tanmateix, jo...; No obstant això, jo ...; A pesar de, jo...
Expressar què vol que passi.	Per tant, m'agradaria...; És per això que vull...; Així que voldria...

Resum

Partint de la idea que el camp d'acció de la psicologia de la salut està determinat pels seus objectius, hem considerat que aquest està conformat per les àrees d'aplicació dels seus coneixements i tècniques següents:

- 1) La promoció de la salut i la prevenció de la malaltia.
- 2) Diagnòstic, tractament i rehabilitació de la malaltia.
- 3) Millora del sistema d'atenció de la salut per a aconseguir més eficàcia i qualitat de les seves prestacions i serveis.

Com a aportació característica a la primera d'aquestes àrees, hem presentat l'educació per a la salut, les campanyes de salut i l'educació ambiental.

En el segon cas, hem previst les situacions següents:

- a) La identificació de factors psicològics de risc de malalties cardiovasculars.
- b) La intervenció psicològica per a prevenir els efectes negatius del diagnòstic d'una malaltia greu o incurable o de l'aplicació de procediments mèdics dolorosos o incapacitants.
- c) L'aplicació de tècniques psicològiques, com ara labioretroalimentació, com a tractament de base d'algunes malalties tradicionalment de competència exclusiva del metge.
- d) Les línies generals de qualsevol procés de reajustament psicològic i social com a conseqüència del patiment d'una malaltia crònica o incapacitant.

Finalment, hem enumerat algunes de les possibles aplicacions de la psicologia a la millora del sistema d'atenció de la salut i hem posat l'èmfasi en l'entrenament en habilitats socials als professionals de la salut.

Activitats

1. Proposeu exemples, extrets de la literatura científica pertinent, d'intervencions orientades a promocionar la salut i prevenir la malaltia.
2. Proposeu exemples, extrets de la literatura científica pertinent, d'intervencions orientades a aconseguir més qualitat de vida del pacient.
3. Proposeu exemples, extrets de la literatura científica pertinent, d'intervencions orientades a millorar els sistemes d'atenció de la salut.

Exercicis d'autoavaluació

D'elecció múltiple

1. La promoció de la salut té entre els seus objectius...
 - a) difondre en la comunitat un concepte integral de salut i la idea que aquesta és un valor fonamental per al seu desenvolupament.
 - b) proporcionar a la població coneixements sobre els factors determinants de la salut, els riscos per a la salut i els mitjans per a evitar-los.
 - c) augmentar la capacitat de la comunitat per a resoldre els seus problemes de salut mitjançant el canvi de comportament, el desenvolupament d'hàbits i costums sans, i l'eliminació dels hàbits nocius.
 - d) Totes les respostes anteriors són certes.
 - e) Totes les respostes anteriors són falses.
2. Les tècniques d'educació per a la salut es classifiquen en directes i indirectes segons que...
 - a) facilitin o no la relació entre educador i educand.
 - b) es duguin a terme o no utilitzant els mitjans de comunicació social.
 - c) les portin a terme professionals de la salut o de l'educació.
 - d) Totes les respostes anteriors són certes.
 - e) Totes les respostes anteriors són falses.
3. Entre les condicions que faciliten la comprensió, el record i el compliment dels missatges de salut, hi ha...
 - a) presentar el missatge tècnicament, al més asèptic possible.
 - b) comprovar si els missatges s'entenen demanant a l'interlocutor que els repeteixi.
 - c) treure la importància a l'adherència a la prescripció de salut.
 - d) Totes les respostes anteriors són certes.
 - e) Totes les respostes anteriors són falses.
4. Entre les funcions que ha de complir l'animador d'un grup d'educació per a la salut hi ha...
 - a) l'aclariment de les tasques.
 - b) el manteniment d'un clima favorable.
 - c) el fet d'estimular els membres del grup perquè participin.
 - d) Totes les respostes anteriors són certes.
 - e) Totes les respostes anteriors són falses.
5. Una de les funcions que ha de complir l'animador d'un grup d'educació per a la salut és aclarir les tasques, cosa que pot fer...
 - a) promovent una definició comuna dels objectius perseguits.
 - b) suscitant la participació dels membres del grup formulant-los preguntes o provocant respostes reflexes.
 - c) proposant procediments de discussió.
 - d) Totes les respostes anteriors són certes.
 - e) Totes les respostes anteriors són falses.
6. La reacció prototípica o més característica davant del **diagnòstic d'una malaltia** greu o incurable o l'**aplicació de procediments mèdics** dolorosos o limitadors de la nostra capacitat de funcionament és...
 - a) la frustració.
 - b) l'orientació cap a la conducta de risc.
 - c) els sentiments d'invulnerabilitat davant del que és fatídic.
 - d) Totes les respostes anteriors són certes.
 - e) Totes les respostes anteriors són falses.
7. Una deficient comunicació entre el professional de la salut i el pacient pot ocasionar que els pacients...
 - a) no mostrin adhesió al tractament.
 - b) demorin la recerca de tractament.

- c) oblidin les instruccions del professional de la salut.
d) Totes les respostes anteriors són certes.
e) Totes les respostes anteriors són falses.
8. "Els altres són millors professionals que jo". Aquest pensament és un bon exemple de la distorsió cognitiva denominada...
a) culpabilitat.
b) negativisme.
c) generalització.
d) personalització.
e) raonament emocional.
9. "Cap pacient no creu en el seu metge". Aquest pensament és un bon exemple de distorsió cognitiva denominada...
a) culpabilitat.
b) negativisme.
c) generalització.
d) personalització.
e) raonament emocional.
10. "Pensa que m'equivocaré". Aquest pensament és un bon exemple de distorsió cognitiva denominada...
a) culpabilitat.
b) negativisme.
c) generalització.
d) personalització.
e) raonament emocional.

Qüestions breus

1. Definició d'educació per a la salut.
2. Objectius de l'educació per a la salut.
3. Enumereu els principals aspectes metodològics dels programes d'educació per a la salut.
4. Si haguéssiu de triar una tècnica indirecta d'educació per a la salut dirigida a tota la població i tinguéssiu un pressupòsit exigü, quin mitjà escolliríeu?
5. Objectius dels programes d'educació ambiental.
6. Concepte de bioretroalimentació o *biofeedback*.
7. Descriuiu els tres passos bàsics cap a l'assertivitat.

Desenvolupament del tema

Podríeu descriure els principals aspectes metodològics d'un programa d'educació per a la salut.

Solucionari

Activitats

Les solucions que proposen a continuació són orientatives.

Activitat 1

a) Intervencions orientades a la promoció de la salut

Es va fer una intervenció dirigida a la promoció de salut amb l'embarassada i la família al municipi de Ranchuelo, província de Villa Clara, des del gener del 1997 fins a l'agost de l'any 2000.

Aquesta es va organitzar en dues fases:

En la primera fase d'intervenció prenatal, es va capacitar els facilitadors que van desenvolupar el Programa educatiu, i es van efectuar 10 activitats.

A més, es van avaluar els coneixements de les embarassades abans de l'assaig i després d'aquest (grup d'intervenció).

En la segona fase d'intervenció postnatal, es va fer un seguiment evolutiu mensual fins al sisè mes, amb activitats educatives el dia de la consulta. En aquesta fase també es van avaluar els resultats en comparar-los amb un altre grup d'embarassades que no hi va participar, procedent de la mateixa comunitat.

Els resultats van permetre demostrar que els facilitadors van elevar el seu nivell d'informació (90%), es va aconseguir una modificació favorable dels coneixements de les embarassades (100%), es va prolongar la duració de l'alletament fins al quart mes (73,3%) i va disminuir el naixement de nens amb poc pes. Es conclou que l'estratègia desenvolupada va propiciar la integració dels diferents sectors involucrats, la participació activa de les embarassades i familiars, i va contribuir a l'enfortiment dels serveis de salut per a desenvolupar les accions de promoció, des de la perspectiva de la família i la comunitat.

Gran part de les intervencions en promoció de salut i prevenció de la malaltia inclouen missatges dirigits a la població que es basen en les conseqüències negatives per a la salut que ocasiona una determinada conducta. Diversos autors han arribat a la conclusió que l'ús de l'amenaça en els missatges de salut sembla influir en el desenvolupament posterior d'actituds i conductes preventives. Això no significa, tanmateix, que els missatges amenaçadors tinguin necessàriament conseqüències positives. Per a això han de complir dues condicions bàsiques: provocar l'atenció del subjecte en comptes de por i incloure una recomanació per a eliminar l'amenaça del missatge, que sigui percebuda pel subjecte com a eficaç i fàcil de realitzar.

b) Intervencions orientades a la prevenció de la malaltia

Per a planificar eficientment els programes relacionats amb el tabaquisme, sembla necessari obtenir informació sobre l'efectivitat aconseguida per professionals sanitaris diferents, i també tenir en compte la relació que s'estableix entre els fumadors i els diferents àmbits d'actuació sanitària. En aquest sentit, les diferències observades entre els farmacèutics comunitaris i els metges o professionals d'infermeria d'atenció primària respecte a la relació establerta amb els usuaris dels seus serveis, són les següents:

- Els farmacèutics són més accessibles. No es necessita citació prèvia i els horaris són més amplis, incloent-hi dissabtes i festius.
- Els farmacèutics atenen pacients i persones sanes que acudeixen a la farmàcia a la recerca de productes d'higiene, dietètica o dermofarmàcia.
- Els farmacèutics, a més de conèixer la utilització correcta i l'eficàcia comparada dels productes d'ajuda per al tractament del tabaquisme, tenen un coneixement més actualitzat d'aquest mercat.

La nova pràctica professional, denominada *atenció farmacèutica*, inclou el seguiment de l'ús del medicament en el pacient com a part essencial de l'exercici professional dels farmacèutics comunitaris, seguiment que facilita la identificació de problemes relacionats amb els medicaments (PRM) quan la terapèutica de deshabitució en requereix l'ús.

Referència bibliogràfica

B. M. Beltrán González, I. Álvarez León, L. Hernández Vergel, i L. Prado Romero (2002). Estrategia de intervención para la promoción de la salud con la mujer embarazada y la familia. *Medicentro*, 6 (3), 1-6.

Referència bibliogràfica

J. R. Ordoñana Martín, J. Gómez Amor, i F. Galván Olivares (2000). El uso del miedo en los mensajes de salud. *Gaceta Sanitaria*, 14(3), 45-59.

Referència bibliogràfica

F. Álvarez de Toledo (2001). La farmacia comunitaria en la prevención del tabaquismo y la deshabitación tabáquica. *Prevención del tabaquismo*, 3(4), 232-237

La participació del professional sanitari en l'activitat antitabàquica té diversos esglaons de compromís professional i complexitat tècnica, que podem resumir en l'esquema següent:

- Consell aïllat, aprofitant la visita del pacient al professional sanitari.
- Consell més suport en visites posteriors (seguiment), que reforcen el consell si la decisió del pacient és intentar abandonar el tabac, o que el puguin fer progressar en el procés de maduració que el condueixi a la presa de la decisió.
- Teràpia substitutiva amb nicotina i/o bupropió.
- Teràpia substitutiva amb nicotina i/o bupropió més consell mèdic i seguiment.

Tot l'anterior, amb un entrenament previ dels professionals en el coneixement dels estadis de canvi de conductes addictives, aplicat a la deshabitució tabàquica o altres aspectes tècnics del procés de deshabitució.

L'increment d'efectivitat observada per a alguns d'aquests esglaons es recull en la taula següent:

Taula 1. Efectivitat d'intervenció (Raw M.⁹)

Tipus d'intervenció	% d'augment d'efectivitat
Consell aïllat < de 3 minuts	2%
Consell i suport 3-10 minuts	3%
Consell aïllat + TSN	6%
Consell + seguiment + TSN	8%

A continuació s'exposen exemples d'algunes de les intervencions realitzades per a disminuir riscos associats al consum d'alcohol en joves dins del Pla d'acció sobre drogues desenvolupat per l'Ajuntament de Barcelona basant-se en experiències anteriors:

1) Educació de "servidors" (cambrers i bàrmans) per a la distribució responsable. En aquest aspecte, basant-se amb resultats obtinguts en altres experiències semblants realitzades en ciutats com Estocolm i Minneapolis, s'estima que si el 60% de servidors d'una zona estiguessin entrenats per a negar-se a servir clients intoxicats, es reduirien en un 23% les morts per accidents de trànsit nocturn. Els objectius del programa d'entrenament per a aquests servidors podrien ser els següents:

- a) Prevenir la dispensació a menors.
- b) Evitar la dispensació a persones intoxicades.
- c) Evitar la conducció sota els efectes de l'alcohol.

2) Control i protecció de menors

3) Seguretat del local de consum (ventilació, material antiincendis, gots i cendrers de materials tous). Per exemple, al Regne Unit la campanya "Cristal Clear" va aconseguir una disminució efectiva de les lesions per vidre.

4) Prohibició o limitació d'entrar/consumir alcohol en determinats espais o esdeveniments en què les conseqüències del consum puguin ser especialment perilloses.

5) Disponibilitat de transport alternatiu (taxis, autobusos). Per exemple, al Regne Unit algunes discoteques ofereixen "party buses", que recullen els clients de pubs locals i els porten a la discoteca; després els tornen al punt de partida per un preu mòdic.

6) Programes de conductor designat.

7) Begudes alternatives sense alcohol o de baixa graduació alcohòlica (disponibilitat i promoció).

8) Alternatives d'oci i programes especials. A Espanya, hi ha diversos programes d'oci nocturn alternatiu (Les mil i una nits, Obert fins a l'alba, BCN Bona Nit) destinats a ampliar el ventall d'activitats nocturnes i descobrir l'oci sense alcohol. Altres programes es concentren en la informació i assessorament, com ara els programes "Agafa el teu punt" i "El Chiringo" que es porten a terme en l'àmbit universitari de Barcelona.

9) Legislació de trànsit.

Referència bibliogràfica

A. Rodríguez Martos (2002).
Prevenición de lesiones atribuibles al alcohol en el marco de una política de reducción de daños.
Trastornos Adictivos,
4(2), 95-108.

Activitat 2

El tractament fonamental de la diabetis és mèdic, però el que és una qüestió de vida o mort en primera instància, aviat canvia a una qüestió de qualitat de vida. La intervenció psicològica pretén col·laborar amb el tractament mèdic per a posar el comportament del pacient a favor del tractament i no en contra seva. Es tracta de millorar la qualitat mèdica, centrant-nos en el comportament i col·locant la conducta al servei de l'èxit d'un control millor de la glucèmia. Si hi ha control del nivell de glucosa en la sang, hi haurà qualitat de vida, no hi haurà complicacions agudes i es demoraran o evitaran en la mesura que es pugui les complicacions cròniques o a llarg termini de la diabetis.

Un coneixement adequat per part del pacient de les conseqüències dels seus comportaments pot constituir un requisit per a l'adhesió adequada a les instruccions mèdiques.

- Els objectius específics de la intervenció van ser:
- optimitzar la realització d'autocontrols glucèmics,
- el seguiment d'una dieta equilibrada,
- la sistematització de l'exercici i
- un maneig adequat de les pautes terapèutiques d'insulina i de les situacions de la vida quotidiana per a la integració de les prescripcions de tractament, adaptant aquest tractament a les peculiaritats de l'adolescència i joventut.

Les tècniques psicològiques utilitzades van ser:

- Presa de decisions,
- resolució de problemes,
- inoculació a l'estrès,
- entrenament en habilitats socials,
- alimentació,
- adherència a la dieta,
- relaxació i intervenció familiar.

Quant als resultats, no es van observar canvis importants quant a nivells d'ansietat estat/traç pel que sembla que aquesta intervenció no va influir sobre aquests aspectes de manera significativa almenys en aquest termini de temps. Es va produir una milloria clara en la puntuació total per a la qualitat de vida. Va augmentar el nombre d'autocontrols realitzats per cada pacient i una reducció del nombre d'ingressos, passant de 2-3 a l'any de mitjana a 0 ingressos durant l'any en què es va realitzar l'estudi. En tots els pacients, inclosos aquells en què els qüestionaris no van mostrar diferències clares, es va observar una disminució dels nivells d'HbA1c, que s'accentua als 6 mesos de finalitzada la intervenció, de manera que un any després de la intervenció, set dels deu pacients tenien nivells que es poden considerar bons (<7%).

L'objectiu fonamental d'aquest estudi va ser establir el perfil psicològic de les dones amb càncer de mama prestant una atenció especial a la relació entre el seu estat emocional i diferents característiques de personalitat, a fi de millorar les intervencions psicològiques encaminades a reduir o mitigar el malestar emocional i afavorir un millor ajust psicosocial.

Dels resultats que es desprenen d'aquesta investigació podem treure, a tall de resum, les conclusions següents:

- Les dones amb càncer de mama avaluades tendeixen a mostrar traços del "patró de conducta tipus C", característic, segons diversos autors de les persones que pateixen trastorns neoplàsics.

En concret, presenten:

- a) nivells baixos d'ansietat general i neuroticisme,
 - b) defensivitat emocional i cert grau de control d'emocions d'ansietat i tristesa, i
 - c) tendència a l'harmonia i a la racionalitat en el comportament interpersonal.
- Els estils d'afrontament, d'esperit de lluita, indefensió, preocupació ansiosa, fatalisme i negació són utilitzats per totes les dones en diversos moments i amb una freqüència diferent. No obstant això, els estils d'afrontament negatius d'"indefensió/desesperança" i "preocupació ansiosa" són més utilitzats amb més freqüència per les persones que tenen nivells alts d'ansietat i depressió, mentre que l'esperit de lluita és l'estratègia fonamental en les dones amb nivells baixos d'ansietat.

Referència bibliogràfica

E. Menéndez, C. Lamana, M. S. Escalada, A. Iriarte, E. Anda, i L. Argüelles (1999). Manejo de estresores y adhesión al tratamiento de pacientes jóvenes diabéticos tipo 1 insulino dependientes con mal control metabólico. *ANALES Sis San Navarra*, 22(3), 239-244.

Lectura complementària

M. A. Ruiz, S. Gardel, N. Asuncion, i A. del Moral (1998). Intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *ANALES Sis San Navarra*, 21(3), 119-124.

- La qualitat de vida percebuda queda seriosament alterada quan es tenen nivells alts d'ansietat i depressió, independentment de la fase del procés d'intervenció (diagnòstic, tractament o seguiment) i de l'estadi en què es trobi la malaltia.

Aquests resultats ens porten a suggerir la conveniència que les intervencions psicològiques destinades a promoure l'ajust emocional de les dones que pateixin aquesta malaltia incloguin tècniques encaminades a cobrir els objectius següents:

a) reduir l'ansietat que puguin experimentar les dones davant de les situacions conflictives de la seva vida estimulants, per a això, tant l'expressió d'emocions negatives com la posada en marxa de noves habilitats socials o estratègies de resolució de problemes;

b) promoure atribucions internes de control sobre la seva salut i estratègies que facilitin l'afrontament de la malaltia amb esperit de lluita i de tots aquells problemes personals i/o socials que se'n derivin.

Activitat 3

La majoria de les persones que tenen cura de pacients amb demència han d'enfrontar-se a l'estrès emocional que implica la lenta pèrdua d'un ser volgut i l'enorme càrrega que comporta el fet de tenir-ne cura.

Són vetlladors "informals", habitualment un familiar pròxim, per als qui la demència és alguna cosa desconeguda i destructiva. A més, no és rar que es creïn llaços complexos i mecanismes psicològics que agreugin encara més la càrrega i el patiment. Atesa la seva proximitat i accessibilitat, la infermeria especialitzada extrahospitalària es troba en una situació privilegiada per a implementar programes de formació dirigits a vetlladors de pacients amb demència. L'objectiu últim és suavitzar la càrrega i incrementar la qualitat de vida del pacient i dels qui l'envolten.

En concret, el programa de formació del vetllador emprat en aquest cas és de disseny propi. Dues infermeres entrenades (PSP i PML), assessorades per un neuròleg (JOR), imparteixen de tres a cinc sessions a vetllador. Cada sessió dura entre una i dues hores. S'aborden, de manera flexible, qüestions relacionades amb quatre grans blocs temàtics: la formació teòrica en les demències, la identificació i el maneig dels problemes que més alteren la persona que en té cura, l'atenció del vetllador i els recursos socio-sanitaris. Si procedeix, s'ofereixen pautes de maneig per als trastorns de la conducta, basades sobretot en la modificació de l'entorn físic i personal del pacient.

L'assessorament sobre els recursos socio-sanitaris es va realitzar de manera adaptada a les necessitats de cada cas. No es va poder disposar de treballador social. Les sessions es van impartir sempre per separat a cada vetllador; quan es va considerar oportú, es va fer insistència especial en l'existència de grups d'autoajuda, organitzats per les associacions de familiars d'Alzheimer (AFA).

El programa es va oferir a 10 vetlladors que van acudir consecutivament a la consulta. Es van valorar, abans i després de la intervenció, aspectes cognitius, funcionals, conductuals i afectius, en el pacient i/o en el vetllador.

Els resultats van mostrar que respecte al pacient no es van apreciar canvis en l'esfera cognitiva ni en la funcional. Encara que els problemes de conducta no van disminuir, aquests generaven menys estrès en el vetllador després de la intervenció. Així mateix es va observar una milloria en l'afectivitat dels pacients.

En conclusió, és possible portar a terme programes eficaços de formació del vetllador en la demència, amb relativa economia de mitjans. L'afectivitat, tant del pacient com del vetllador, és l'àrea més sensible a aquest tipus d'intervencions. És necessari realitzar experiències a més gran escala, a fi de demostrar beneficis a altres àmbits, i de comparar diversos tipus d'intervencions.

Exercicis d'autoavaluació

D'elecció múltiple

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

Qüestions breus

1. Procés de comunicació interpersonal dirigit a proporcionar les informacions necessàries per a realitzar un examen crític dels problemes de salut i de responsabilitzar els individus i

Referència bibliogràfica

P. Sánchez Pascual, P. Mouronte Liz, i P. Olazarán Rodríguez (2001). Beneficis de un programa de formación del cuidador en la demencia. *Revista de Neurología*, 33(5), 422-424.

grups socials en l'elecció dels comportaments que tenen efectes directes i indirectes sobre la salut física i psíquica dels individus i de la col·lectivitat.

2.

- a) Difondre en la comunitat un concepte integral de salut i la idea que aquesta és un valor fonamental per al seu desenvolupament.
- b) Proporcionar a la població coneixements sobre els factors determinants de la salut, els riscos per a la salut i els mitjans per a evitar-los.
- c) Augmentar la seva capacitat per a resoldre els seus problemes de salut mitjançant el canvi de comportament, el desenvolupament d'hàbits i costums sans, i l'eliminació dels nocius.
- d) Afavorir el desenvolupament dels serveis sanitaris, potenciant-ne una utilització correcta, i també la seva qualitat i eficàcia.

3.

- a) Anàlisi de necessitats de salut.
- b) Establiment de prioritats.
- c) Definició d'objectius.
- d) Selecció de la metodologia (grup diana, procediment i recursos).
- e) Execució del programa.
- f) Avaluació del desenvolupament i dels resultats del programa.
- g) Formulació de les conclusions i reformulació del programa.

4. Missatges a la ràdio o mitjançant fullets.

5. Promoure en el ciutadà actituds i comportaments per a l'ús adequat del medi ambient natural i construït, i també per a proveir-lo d'estratègies d'afrontament de l'estrès induït per la percepció de riscos ambientals o per haver estat sotmès a l'efecte d'una catàstrofe natural.

6. Procediment pel qual s'informa el subjecte, mitjançant mètodes electrofisiològics, sobre el seu funcionament biològic, a fi que pugui participar activament en el seu control i la seva modificació.

7.

Passos assertivitat	Expressions indicadores
Escoltar activament	T'entenc...; Em poso en el teu lloc...; Comprens el...
Dir el que es pensa o opina	Tanmateix, jo...; No obstant això, jo...; A pesar de, jo...
Expressar el que vol que ocorri	Per tant, m'agradaria...; És per això que vull...; Així que voldria...

Desenvolupament del tema

1. **Anàlisi de necessitats** de salut en funció dels problemes de salut identificats i de l'anàlisi dels serveis i recursos disponibles en la comunitat.
2. **Establiment de prioritats** i elecció dels problemes objecte d'intervenció.
3. **Definició d'objectius** en termes operatius o de comportament a aconseguir.
4. **Selecció de la metodologia** que es considera més oportuna per a aconseguir els objectius plantejats. Sol incloure la definició del grup diana, l'elecció de les tècniques, procediments a seguir i recursos que s'utilitzaran.
5. **Execució del programa.**
6. **Avaluació** del desenvolupament i dels resultats del programa.
7. Formulació de les **conclusions** i reformulació del programa.

Glossari

angoixa *f* Reacció emocional quan la persona se sent amenaçada per un perill indefinit.
sin.: ansietat

ansietat *f* *Vegeu* angoixa.

cronificació *f* Fet de tornar-se persistent la malaltia al llarg del temps.

diferencial semàntic *m* Tècnica emprada per a mesurar les actituds en què el subjecte ha de triar entre dos parells d'adjectius oposats que representen els dos extrems d'una mateixa actitud (pol positiu i negatiu).

grup diana *m* Grup de persones objecte de la intervenció.

grups de risc o d'alt risc *m pl* Col·lectius de persones que, per les seves característiques específiques, tenen una gran probabilitat de contraure algun tipus malaltia.

promoció de la salut *f* Accions sanitàries dirigides a la capacitat de les persones i millora del medi ambient, amb l'objectiu d'augmentar els serveis de salut.

recurrència *f* Recidiva, recaiguda.

Bibliografia

Bibliografia bàsica

Alder, B. (1995). *Psychology of health: Applications of psychology for health professionals*. Langhorne: Gordon and Breach Science.

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.

Barriga Jiménez, S. i León Rubio, J. M. (1990). Intervención en salud desde la Psicología Social. A S. Barriga et al. (Eds.), *Psicología de la Salud. Aportaciones desde la Psicología Social*, 18-30. Sevilla: Servicios Editoriales Alfar.

Barriga Jiménez, S., León Rubio, J. M., Martínez García, M. F., i Fernández Jiménez de Cisneros, I. (1990). *Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología social*. Sevilla: Sedal.

Barriga Jiménez, S., León Rubio, J. M. (1991). Salud y entorno. A Ricardo de Castro (Comp.), *Psicología Ambiental: Intervención y evaluación del entorno*, 241-252. Sevilla: Ediciones Arquetipo.

Blanco, A. i León Rubio, J. M. (1990). *Psicología social de la salud. III Congreso nacional de psicología social*, 5-18. Santiago de Compostela, Llibre de ponències.

Conde Vieitez, J. A., i Isidro de Pedro, A. I. (1995). *Psicología comunitaria, salud y calidad de vida*. Salamanca: Eudema.

Corraliza Rodríguez, J. A. (Coord.). (1987). Ciudad y calidad de vida. Documentación social. *Revista de estudios sociales y de sociología aplicada*, 67, monogràfic.

Gil Rodríguez, F., León Rubio, J. M., i Jarana Expósito, L. (Dir.). (1992). *Habilidades sociales y salud*. Madrid: Eudema.

Bibliografia complementària

Gil Roales-Nieto, J. (1997). *Manual de Psicología de la Salud*. Granada: Némesis.

Kato, P. M. i Mann, T. (1996). *Handbook of diversity issues in health psychology*. Nova York, US: Plenum Press.

León Rubio, J. M. (1998). ¿Goza de buena salud la psicología de la salud? A D. Páez i S. Ayes-tarán (Eds.), *Los desarrollos de la Psicología Social en España*, 121-126. Madrid: Fundación Infancia y Aprendizaje.

León Rubio, J. M. i Jiménez Jiménez, C. (1998). *Psicología de la salud: asesoramiento al personal sanitario*. Sevilla: Secretariado de Recursos Audiovisuales y Nuevas tecnologías de la Universidad de Sevilla.

Martínez García, M. F. i León Rubio, J. M. (1987). Consideraciones psicosociales sobre el SIDA. *Psiquis*, 8, 373-382.

Martínez, M. F. et al. (1988). Prevención y promoción en Psicología Comunitaria. A A. Martín, F. Chacón i M. F. Martínez (Coord.), *Psicología Comunitaria*, 55-65. Madrid: Visor.

Murray, M. i Chamberlain, K. (1999). *Qualitative Health Psychology*. Thousand Oaks, California, US: Sage.

OMS (1997). *New Players for a New Era: Leading Health Promotion into the 21st Century. 4th International Conference on Health Promotion*. Djakarta, Indonèsia.

Park, T. L., Adams, S. G., i Lynch, J. (1998). Sociodemographic factors in Health Psychology research: 12 years in review. *Health Psychology*, 17 (4), 381-383.

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

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

Referències bibliogràfiques

Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.

Carrolles, J. A. I. i Godoy, J. (1987). *Biofeedback*. Barcelona: Martínez Roca.

Costa, M. i López, E. (1985). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.

Fraga, I. et al. (1991). Efectos del estatus del modelo sobre la conducta de fumar y las actitudes hacia el tabaco. *III Congreso Nacional de Psicología Social*. Llibre de comunicacions, vol. 1, 46-51. Santiago de Compostela.

Galindo, M. P. i Galindo, A. (1990). Diseño, implantación y evaluación de un programa de educación para la salud buco-dental. A S. Barriga Jiménez, J. M. León Rubio, M. F. Martínez García, i I. Fernández Jiménez de Cisneros. *Psicología de la Salud. Aportaciones desde la Psicología Social*, 447-498. Sevilla: Sedal.

