

# El campo de acción de la psicología de la salud

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

P04/80040/00350



# Índice

<b>Introducción</b> .....	5
<b>Objetivos</b> .....	6
<b>1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad</b> .....	7
<b>2. Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad</b> .....	13
<b>3. Mejora del sistema de atención de la salud</b> .....	17
<b>Resumen</b> .....	22
<b>Actividades</b> .....	23
<b>Ejercicios de autoevaluación</b> .....	23
<b>Solucionario</b> .....	25
<b>Glosario</b> .....	29
<b>Bibliografía</b> .....	30



## Introducción

El campo de acción de la psicología de la salud viene determinado, en gran medida, por sus objetivos. Éstos fueron formulados en el módulo “Definición y delimitación conceptual de la psicología de la salud”, y de acuerdo con éstos, consideramos que el campo de acción de la psicología de la salud, es decir, las áreas de aplicación de sus conocimientos y técnicas son:

1) La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Esto supone capacitar a las personas y comunidades para aumentar su control sobre los determinantes psicosociales de su salud y, por tanto, conservarla y mejorarla.

2) Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Implica el análisis y modificación, en su caso, de los factores psicosociales asociados al padecimiento de una enfermedad en cada una de sus fases (etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).

3) Mejora del sistema de cuidado de la salud para lograr una mayor eficacia y calidad de sus prestaciones y servicios.

En este módulo, vamos a presentar algunas de las aportaciones más características o comunes de la psicología de la salud a cada una de estas áreas.

## Objetivos

Con el estudio de este módulo, debéis alcanzar los objetivos siguientes:

- 1.** Examinar y ejemplificar la aplicación de los principios y técnicas de la psicología de la salud para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- 2.** Examinar y ejemplificar la aplicación de los principios y técnicas de la psicología de la salud para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- 3.** Examinar y ejemplificar la aplicación de los principios y técnicas de la psicología de la salud para la mejora del sistema de cuidado de la salud.

## 1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Tanto la promoción de la salud como la prevención de la enfermedad tienen por objetivo capacitar a los individuos y a la comunidad para controlar los determinantes de la salud, entre los cuales se encuentran el comportamiento y el medio ambiente, tanto físico como social. En el primer caso, instaurando o aumentando aquellos comportamientos que sabemos que están asociados, de manera positiva, con la salud (promoción de la salud). En el segundo caso, reduciendo o eliminando aquellas conductas que suponen un riesgo para nuestra salud, así como modificando los factores ambientales que pueden ponerla en peligro (prevención de la enfermedad).

Para estos fines, la estrategia más utilizada es la **educación para la salud**, que podríamos definir del siguiente modo:

La educación para la salud es cualquier combinación de actividades de información y de formación dirigidas a examinar de una manera crítica los problemas de salud, informar, motivar y ayudar a las personas y los grupos a adoptar prácticas y estilos de vida saludables, propugnar los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirigir la formación profesional y la investigación a los mismos objetivos.

Más específicamente, sus **objetivos** son:

- 1) Difundir en la comunidad un concepto integral de salud y la idea de que ésta es un valor fundamental para su desarrollo.
- 2) Proporcionar a la población conocimientos sobre los factores determinantes de la salud, los riesgos para la salud y los medios para evitarlos.
- 3) Aumentar su capacidad para resolver sus problemas de salud mediante el cambio de comportamiento, el desarrollo de costumbres y hábitos sanos, y la eliminación de los nocivos.

Los comportamientos que más suelen ser objeto de los programas de educación para la salud son:

- a) La actividad física regular.
- b) Las prácticas nutricionales.
- c) Los comportamientos de seguridad e higiene en el trabajo.
- d) El consumo de toda clase de drogas.

- e) Los comportamientos orientados a la autoexploración como medio de detección precoz de enfermedades.
  - f) Estrategias para minimizar la tensión y el estrés de la vida cotidiana.
  - g) Donación de sangre y órganos.
  - h) Conductas orientadas a establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales.
  - i) Adherencia a los regímenes y prescripciones médicas.
- 4) Favorecer el desarrollo de los servicios sanitarios y potenciar su correcta utilización, así como su calidad y nivel de eficacia.

Los programas de educación para la salud pueden adoptar muy distintos formatos, pero todos ellos tienen en común su **metodología**, cuyos pasos podríamos resumir del siguiente modo:

- a) **Análisis de necesidades** de salud en función de los problemas de salud identificados y del análisis de los servicios y recursos disponibles en la comunidad.
- b) **Establecimiento de prioridades** y elección de los problemas objeto de intervención.
- c) **Definición de objetivos** en términos operativos o de comportamiento que hay que lograr.
- d) **Selección de la metodología** que se considera más oportuna para lograr los objetivos planteados. Suele incluir la definición del grupo diana, la elección de las técnicas, procedimientos para seguir y recursos que serán empleados.
- e) **Ejecución** del programa.
- f) **Evaluación** del desarrollo y de los resultados del programa.
- g) Formulación de las **conclusiones** y reformulación del programa.

Uno de los aspectos más importantes de la metodología es la selección de la técnica que emplearemos para hacer llegar el mensaje a los educandos. Las técnicas pueden clasificarse en directas o indirectas, según la relación que facilitan entre el educador y el educando.

Las primeras se utilizan en la educación de individuos y grupos, y las más habituales son la entrevista y la discusión en grupo. Las segundas se usan en la educación a grupos y comunidades, y las más habituales son las campañas de salud y la publicidad mediante distintos medios de comunicación.

Cuando utilizamos técnicas directas para informar sobre los factores de riesgo para la salud y persuadir a favor del cambio de conducta, un elemento clave que

debemos considerar son las condiciones que facilitan la comprensión, el recuerdo y el cumplimiento de los mensajes de salud. Costa y López (1985) las resume de la manera siguiente:

- 1) Presentar el mensaje de manera inteligible. Evitar la jerga técnica.
- 2) Dar nociones elementales de salud.
- 3) Ilustrar la información con ejemplos cercanos al individuo.
- 4) Comprobar si los mensajes van siendo entendidos mediante preguntas.
- 5) Enfatizar la importancia del mensaje.
- 6) Usar palabras y frases cortas.
- 7) Usar pocas frases.
- 8) Utilizar categorías explícitas y claras (por ejemplo, causas del problema, curso de éste y acciones que hay que emprender).
- 9) Repetir.
- 10) No dar muchos mensajes de salud al mismo tiempo.
- 11) Dar normas específicas, detalladas y concretas acerca de cómo llevar a efecto la prescripción de salud.
- 12) Mostrar una actitud amistosa y cercana.
- 13) Utilizar métodos educativos bidireccionales. Enfatizar el carácter de diálogo y acuerdo.

En el caso de que utilicemos la discusión grupal, debemos tener en cuenta que uno de los elementos más determinantes de la eficacia de esta técnica es la competencia del animador del grupo para cumplir las siguientes funciones:

**a) Clarificación de las tareas**, lo que supone promover una definición común de los objetivos perseguidos, reformular la intervención de un participante si cree que ésta no ha sido interpretada del mismo modo por los diferentes miembros del grupo, enlazar las intervenciones entre sí y con la línea general de las ideas expresadas por el grupo y, por último, puntualizar la situación en la que se encuentra el grupo respecto al objetivo planteado.

**b) Estimulación de los miembros del grupo**. Para esto, deberá suscitar la participación de los miembros del grupo formulándoles preguntas o provocando respuestas reflejas, estimular la discusión y valorar la marcha de ésta.

**c) Control de la discusión**; es decir, mantenerla dentro del marco propuesto, proponer procedimientos de discusión, favorecer que todos los miembros tengan las mismas oportunidades de participar y restablecer un mínimo de orden y coherencia en los momentos de confusión o excitación.

**d) Mantenimiento de un clima favorable**. Esto implica evitar que el grupo ignore o rechace, de manera prematura, una idea expuesta. Tomar en conside-

ración los sentimientos personales que experimenten los miembros del grupo a lo largo de la discusión y guiar al grupo de manera constructiva y segura frente a los conflictos, y esforzarse para que se llegue a la unanimidad.

Si nuestra opción es la aplicación de una técnica indirecta, es decir, cualquier estrategia mediática, entonces un tema fundamental es la elección del medio más adecuado, lo que podemos facilitar comprobando cuál de ellos se ajusta más a una serie de criterios como, por ejemplo, el coste por persona expuesta al mensaje, grupos socioeconómicos más alcanzados, edad promedio más alcanzada y la eficacia por persona expuesta (véase la siguiente tabla).

	<b>Coste por persona</b>	<b>Grupos alcanzados</b>	<b>Media de edad</b>	<b>Eficacia por persona</b>
<b>Carteles</b>	Medio	Medio	Niños y jóvenes	Media-baja
<b>Vallas</b>	Bajo	Medio-bajo	Todas las edades	Baja
<b>Folletos</b>	Bajo	Todas las clases	Todas las edades	Media
<b>Cartas</b>	Alto	Todas las clases	Todas las edades	Alta
<b>Periódicos</b>	Alto	Medio-alto	Adultos de edad media y ancianos	Media
<b>Revistas</b>	Medio	Medio-alto	Jóvenes, adultos de edad media (mujeres)	Media-alta
<b>Radio</b>	Bajo	Todas las clases	Adolescentes (mujeres), adultos y ancianos	Media
<b>Cine/vídeo</b>	Alto	Todas las clases	Todas las edades	Media-alta
<b>Televisión</b>	Alto	Medio-bajo	Adultos de edad media y ancianos	Media

### **El estudio de los hábitos de higiene bucodental**

El trabajo de Galindo y Galindo (1990) ejemplifica la aplicación de técnicas directas de educación para la salud, al objeto de promocionarla. En concreto, este estudio tenía por objetivo implantar hábitos de higiene bucodental en treinta y tres niños con retraso mental, escolarizados en un centro de educación especial.

La intervención se fundamentó en dos estrategias:

**1) Planificación y programación de antecedentes.** En este caso se emplearon cinco estrategias complementarias:

**a)** Exposición de mensajes persuasivos (carteles, montajes audiovisuales, sesiones de títeres, dramatizaciones y canciones diseñadas a tal efecto).

**b)** Exposición a modelos de salud de higiene bucodental. Se emplearon tres procedimientos:

- Utilización de la técnica de “modelado”, para la realización de la actividad de cepillado dental en el colegio, en grupos de tres niños dirigidos por un compañero-“modelo”, preparado a tal efecto por los investigadores, entre los niños mayores más capacitados.

- Sesiones de aprendizaje colectivo mediante ritmos musicales con vista a la incorporación en el cepillado de diferentes zonas bucales.
- Asimismo, el personal laboral del centro comenzó a exhibir, paulatinamente, conductas de ingesta de fruta a la hora del recreo.

c) Implantación en el ambiente de señales discriminativas para la acción.

d) Configuración de un contexto físico y social adecuados. Preparación “atractiva” del cuarto de baño del colegio y creación de un centro de interés general: la existencia de un personaje imaginario, el monstruo Cariosón, ideado con el objetivo de motivar y posibilitar diferentes actuaciones previstas.

e) Inclusión de aspectos de higiene bucodental en el currículum escolar.

2) **Planificación y programación de condiciones estimulares consecuentes.** Fundamentalmente, refuerzos materiales (pegatinas, pósters y fotografías), sociales (alabanzas y apoyo social y contextual e inmediato por parte de todo el personal laboral del centro) y de actividad, en concreto, la ejecución práctica de la principal conducta-meta que se pretendía implantar; esto es, el cepillado dental diario en el colegio tras el almuerzo.

Los resultados demostraron que estas estrategias fueron eficaces para lograr los objetivos del programa.

Para ejemplificar la aplicación de las técnicas indirectas, podemos valernos de los programas de prevención del tabaquismo, que destacan por su carácter psicosocial. Son aquellos que, basados en la **teoría del aprendizaje social** de Bandura (1982), tratan de ofrecer modelos de conducta asociados al rechazo del hábito de fumar o que emplean estrategias eficaces para resistir las presiones sociales que nos invitan a fumar.

En esta línea, cabe citar como ejemplo el proyecto de investigación **Efectos del estatus del modelo sobre la conducta de fumar y las actitudes hacia el tabaco** (Fraga et al., 1991), que tenía por objetivo averiguar qué modelos eran más efectivos para modificar la conducta de fumar y las actitudes hacia el tabaco: los modelos de prestigio (deportistas y cantantes famosos de los dos sexos) o los modelos semejantes a los observadores (estudiantes universitarios).

Para esto, los investigadores elaboraron grabaciones, en formato publicitario, en las que actuaban como modelos de rechazo de la conducta de fumar sujetos semejantes al observador o personajes de prestigio. Los sujetos fueron expuestos veinte veces a dichas grabaciones, que se presentaron al inicio y al final de una serie de películas que formaban parte del programa de actividades del curso en el que estaban matriculados en la universidad. Los resultados indicaron que la exposición a modelos de prestigio redujo el consumo de tabaco que declaraban los sujetos.

Sin embargo, las actitudes hacia “fumar” y hacia el “tabaco” (medidas por medio de escalas de diferencial semántico) no mostraron variaciones significativas. 🎧

La educación para la salud no sólo persigue el cambio de la conducta de las personas, grupos o comunidades, sino también la modificación de factores ambientales que suponen un riesgo para la salud.

La educación para la salud se convierte ahora en **educación ambiental**. Se incluyen aquí una gran diversidad de estrategias que tienen por objetivo sensibi-

lizarnos sobre la influencia del ambiente en nuestra salud y calidad de vida, de modo que seamos capaces de crear condiciones ambientales saludables. Para el logro de este objetivo, es necesario identificar previamente los factores ambientales que actúan como determinantes, directos o indirectos, de nuestra salud.

La mayoría de los estudios realizados en esta línea vienen a concluir que el elemento clave o de riesgo son los procesos psicológicos asociados a ciertas características del ambiente: la interacción persona-ambiente.

En este sentido, se ha comprobado que las respuestas de estrés ante un entorno insatisfactorio son “normales”, y no sólo conducen a la enfermedad, sino que bloquean las posibilidades de modificar el entorno o tenemos la percepción de que éste es inmodificable.

Por tanto, para mitigar o eliminar los efectos nocivos que sobre la salud pueden ejercer ciertas características del ambiente, se requieren nuevas políticas públicas de planificación y diseño urbanístico que fomenten la participación comunitaria en la gestión y modificación del entorno. De esta manera, se pasaría de una situación de alienación o indefensión a otra en la que se ven incrementadas las expectativas de las personas acerca de que su comportamiento puede producir los resultados deseados.

Sin duda alguna, para el logro de dicha participación es necesario desarrollar nuevas competencias en el ciudadano, para lo que suelen diseñarse programas de educación ambiental que tienen por objetivo promover en las personas actitudes y comportamientos para el uso adecuado del medio ambiente natural y construido, así como para proveer a éste de estrategias de afrontamiento del estrés inducido por la percepción de riesgos ambientales e instaurar en nuestro repertorio de conducta respuestas ecológicamente responsables.

#### **Ejemplos de entorno insatisfactorio**

Viviendas no confortables, situadas en zonas carentes de espacios para el esparcimiento y desde las que es difícil acceder a los servicios públicos, etc.

## 2. Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad

La competencia del psicólogo de la salud para intervenir en este ámbito está justificada por los siguientes hechos:

1) Los **factores de riesgo** de algunas enfermedades son de **carácter psicológico**. Por consiguiente, el psicólogo de la salud debe intervenir para identificar, evaluar y modificar tales factores. Es el caso, por ejemplo, del tabaquismo o del patrón de conducta tipo A.

2) El **diagnóstico de una enfermedad** grave o incurable (por ejemplo, el cáncer o el sida) y la **aplicación de procedimientos médicos** dolorosos o limitadores de nuestra capacidad de funcionamiento (por ejemplo, la quimioterapia del cáncer, amputaciones o un largo proceso de hospitalización) son situaciones amenazantes ante las cuales el paciente suele experimentar:

- a) Ansiedad o angustia.
- b) Sensación de indefensión.
- c) Desorientación.
- d) Sentimientos de incapacidad.
- e) Percepción de vulnerabilidad.
- f) Etc.

### El caso del sida

Cuando un individuo es diagnosticado de sida, se producen una serie de cambios importantes en su ámbito psicosocial, que irán asociados más tarde a trastornos somáticos desagradables como dolor, malestar, cambios en el aspecto físico, etc. Además, aparecen toda una serie de componentes agravadores del proceso, como el miedo de los portadores ante la posibilidad de contagiar a personas cercanas, unido al temor por el posible rechazo social. Esto genera en los individuos unos sentimientos de culpabilidad angustiantes.

Por otro lado, aparecen también conductas de autoaislamiento, los afectados por el VIH tienden a evitar contactos interpersonales o lugares públicos en los que las posibilidades de intercambio de gérmenes son mayores. De esta manera, existen para ellos pocos apoyos psicosociales. En todo caso, estos apoyos se circunscriben a los más allegados al sujeto o a equipos institucionales.

Por si todo esto fuera poco, al aparecer el sida, el sujeto se ve sometido a una serie de pruebas de laboratorio, chequeos, hospitalizaciones, etc. que no hacen sino añadir elementos estresores a la situación. Además, este cuadro es acompañado con frecuencia por reacciones de ansiedad que pueden llegar a cronificarse, haciendo más vulnerable al sujeto. A todo esto, hay que añadir las conductas depresivas que también aparecen con una gran frecuencia y en un número elevado de casos.

En definitiva, el sujeto se encuentra en una situación de profunda indefensión. Según sostienen las más recientes teorías psicosociales sobre los procesos de salud y enfermedad, esta última genera en los sujetos una sensación de incontrolabilidad. En la medida en la que el individuo sea capaz de desarrollar estrategias que le permitan un cierto control de la situación, los efectos perniciosos de las enfermedades lo serán menos.

El sida se comporta conforme a la anterior concepción teórica: genera en los sujetos un alto grado de indefensión/incontrolabilidad. Si el paciente de sida toma conciencia de que puede tener un cierto control sobre la situación y puede desarrollar actividades para cuidar su salud, los efectos del sida serán algo menos devastadores y la reacción al tratamiento médico será mejor o más eficaz.

Sin duda alguna, los problemas que acabamos de mencionar ilustran la aplicación de las técnicas psicológicas como tratamiento complementario de los procedimientos médicos.

**3) Las técnicas psicológicas pueden aplicarse como tratamiento de base de algunas enfermedades** como la hipertensión, la parálisis facial o la incontinencia fecal. Es el caso de la aplicación de la **biorretroalimentación** o *biofeedback* para el tratamiento de un amplio rango de trastornos psicofisiológicos.

Dar una definición de biorretroalimentación no es una tarea fácil, pues los modelos teóricos propuestos para explicar el fenómeno son varios y cada uno de los mismos ha desarrollado una terminología propia. No obstante, y al igual que ocurre en otros campos de la psicología, se puede optar por una formulación descriptiva del fenómeno en la que coincidan especialistas adscritos a diferentes orientaciones teóricas. Esta formulación podría ser la siguiente:

“La biorretroalimentación es aquel procedimiento por el que se informa al sujeto, mediante métodos electrofisiológicos, acerca de su funcionamiento biológico, con el fin de que pueda participar activamente en el control y modificación del mismo” (León Rubio, 1985, p. 3).

Los orígenes de la biorretroalimentación y sus bases experimentales se encuentran en:

- Los trabajos experimentales sobre el condicionamiento operante de respuestas autonómicas.
- Los estudios sobre el control voluntario de las ondas eléctricas del cerebro.
- La investigación sobre el control aprendido de unidades motoras individuales.

Estos trabajos dejaron bien sentado que, con ciertas limitaciones, era posible controlar una respuesta biológica mediante el aprendizaje y la retroalimentación. Tales estudios, aunque centrados en sistemas de respuesta y en objetivos diferentes, pueden ser agrupados en función de las dos características siguientes:

- a) Las respuestas que estudiaron no podían observarse de manera directa (presión sanguínea, ritmos electroencefalográficos, actividad electromuscular, etc.).
- b) Todos tenían por objetivo entrenar al sujeto para que controlase la respuesta biológica, presentando de manera contingente con ésta algún estímulo análogo a la misma, que el sujeto sí podía observar.

#### Lectura recomendada

Podéis ver J. A. I. Carrobbles y J. Godoy (1987). *Biofeedback*. Barcelona: Martínez Roca.

Se trata de principios comunes que conforman la base metodológica de esta técnica, que ha sido aplicada con éxito desigual a un gran número de problemas de salud.

4) El padecimiento de una enfermedad crónica y las incapacidades que producen algunas enfermedades exigen un **proceso de reajuste psicológico y social**.

Tanto la aceptación como la rehabilitación de la enfermedad son procesos que implican la adquisición de nuevas destrezas físicas, psicológicas o sociales que contribuyan a un mejor y mayor ajuste psicosocial.

Uno de los factores más importantes, en este caso, es la motivación para el cambio de conducta y la persistencia en el esfuerzo rehabilitador. Las teorías actuales sobre la motivación mantienen que para iniciar una conducta y persistir en la misma es fundamental plantearse metas y tener la esperanza de que tal comportamiento conducirá a dichas metas. Desde este punto de vista, la falta de motivación respecto a la rehabilitación está relacionada con las expectativas del paciente acerca de que las conductas que ha de llevar a cabo durante el proceso rehabilitador no serán útiles para obtener los resultados deseados, lo que puede ser un reflejo de una creencia generalizada en la incapacidad de sus actos para provocar cambios favorables en su entorno.

Este tipo de expectativas generalizadas de externalidad parecen producir más respuestas desadaptativas que las expectativas de internalidad. A esto hay que añadir que los sujetos con tendencia a la externalidad suelen percibir su mundo como un lugar cruel, en el cual las cosas pueden ir mal con mucha frecuencia, lo que contribuye a que la persona tenga una baja autoestima y, por consiguiente, una respuesta inadecuada a la rehabilitación.

Otra creencia acerca del “yo” (*self*) que ha demostrado tener un papel significativo en la manera de afrontar el problema y en los resultados de la rehabilitación es la percepción del “yo” como inicio de la cadena causal del acontecimiento que provocó la incapacidad. De esta manera, está demostrado que las personas que perciben dicho acontecimiento como la consecuencia lógica e inevitable de una conducta de libre elección son las que mejor lo afrontan. Es decir, la capacidad para percibir una relación ordenada entre nuestra conducta y los resultados es importante para poder llevar a cabo un afrontamiento efectivo del problema que afecta al paciente. 🌐

En fin, los sentimientos de responsabilidad ante la mala fortuna de uno mismo son constructivos para el proceso rehabilitador, en cuanto suponen cierta capacidad de controlar los acontecimientos. Todo lo contrario que la sensación de que la mala fortuna se ha cebado en nosotros, pues ello supone que carecemos de control sobre lo que nos acontece.

#### Expectativa de internalidad

Crear que mediante nuestros comportamientos podemos modificar nuestro entorno más inmediato.

De todo lo expuesto, se deduce que a la hora de diseñar un programa de rehabilitación y calcular la posibilidad de que sea cumplido por el paciente se deben dar los siguientes pasos:

- a) Evaluar las expectativas que tiene el paciente de que los esfuerzos se verán recompensados.
- b) Examinar los sentimientos de desamparo o indefensión que siguen a los acontecimientos que son juzgados por el paciente como ajenos a su control. De existir estos sentimientos, la acción rehabilitadora deberá comenzar por su erradicación, ya que serán un obstáculo para su progreso.
- c) Analizar los sentimientos de culpabilidad y autorreproche que reducen las expectativas para actuar en el futuro de manera eficaz, y que pueden bloquear el programa rehabilitador e impedir su progreso. Al igual que en el caso anterior, si existieran, la acción rehabilitadora debería comenzar por modificarlos o disminuirlos.
- d) Además, dado que los marcos en los que suelen llevarse a cabo los procesos rehabilitadores (por ejemplo, hospitales) reducen los sentimientos de control de los pacientes, sería conveniente establecer los objetivos del programa rehabilitador de acuerdo con el paciente, asegurarse de que han sido bien entendidos por éste y negociar con él indicadores objetivos del progreso.
- e) Por último, se ha de indagar acerca del número, frecuencia y satisfacción del paciente con las relaciones sociales, pues son muchos los estudios empíricos en los que se ha puesto de manifiesto que las personas que pertenecen a redes sociales amplias, en las que los contactos sociales son frecuentes y satisfactorios, son las que mejor reaccionan ante la enfermedad crónica o incapacitante. En consecuencia, cuando sea necesario, debemos fomentar la constitución y desarrollo de grupos de autoayuda, sobre todo en aquellas situaciones en las que la enfermedad ha perturbado el equilibrio de roles familiares y laborales. 

### 3. Mejora del sistema de atención de la salud

Las aportaciones que los psicólogos pueden hacer para la consecución de un sistema de cuidado de la salud de más calidad y eficacia son muchas. Pueden valer como ejemplo las siguientes:

- 1) Elaborar modelos integrados de organización y gestión de los servicios de salud.
- 2) Crear equipos de apoyo comunitario (participación ciudadana) para hacer frente a las necesidades más urgentes de la comunidad.
- 3) Desarrollar programas que generen actitudes favorables hacia el uso racional y solidario de los servicios de salud.
- 4) El entrenamiento en habilidades de dirección y gestión a los responsables de los distintos centros de salud para que puedan lograr un adecuado clima organizacional que facilite la ejecución de las tareas y funciones del centro, así como optimizar sus recursos.
- 5) Facilitar la coordinación y funcionamiento del equipo sanitario.
- 6) Formar al personal de salud en las modernas técnicas de organización y aprovechamiento de recursos, materiales y humanos, con el objeto de mejorar las prestaciones del sistema sanitario.
- 7) Desarrollar programas para el cuidado del cuidador, partiendo del supuesto de que una mayor calidad de vida laboral de los profesionales sanitarios contribuye a la mejora de la prestación de sus servicios y, por tanto, redundando en beneficio no sólo de dichos profesionales, sino también de los usuarios de los servicios de salud. En este sentido, se han diseñado programas de asesoramiento o *counseling* que suelen abarcar dos objetivos, y que son reducir el estrés ocupacional e incrementar la competencia profesional mediante el aprendizaje de procedimientos no sanitarios que son útiles para el desempeño de su profesión en un contexto organizativo que tiene unas características peculiares.

Un tema transversal a todos los apuntados, y muy relacionado con esto último, es el entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación en el ámbito de la salud.

Diferentes estudios han puesto de manifiesto que la problemática de las relaciones interpersonales es el área más frustrante y estresante de la vida cotidiana en el marco hospitalario, por lo que realizar entrenamientos en habilidades sociales y de comunicación debería ser una parte fundamental en la formación integral del futuro profesional de la salud. De esta manera, aparte de mejorar el nivel de salud laboral de estos profesionales, evitaríamos las consecuencias

negativas que para la función asistencial tienen los estados emocionales asociados a su frustración y estrés.

En el ámbito de los servicios sanitarios, son muchos los problemas que se originan cuando la comunicación es mala, apresurada e impersonal, como queda reflejado en la literatura al respecto, cuya revisión permite formular las siguientes conclusiones:

- 1) La causa más importante de insatisfacción de los pacientes hospitalizados es la falta de comunicación con el personal del hospital, lo que les lleva a percibir el ambiente hospitalario como estresante, con las consiguientes consecuencias negativas que esto supone para la recuperación y restablecimiento de su nivel de salud.
- 2) Entre un 30% y un 50% de los pacientes no muestran adhesión al tratamiento a causa de una deficiente comunicación con el profesional sanitario.
- 3) La falta de información sobre los procesos de enfermedad provoca un retraso en la búsqueda de tratamiento y un agravamiento de dichos procesos.
- 4) Una deficiente comunicación entre el profesional y el usuario suele dar lugar a que este último olvide las instrucciones del primero, en detrimento, como es lógico, de su recuperación.
- 5) Por último, está demostrado que el establecimiento de una adecuada interacción entre el profesional y los usuarios de los servicios sanitarios garantiza la adopción de medidas y estrategias preventivas por parte del usuario, y evita de esta manera problemas futuros.

Estas conclusiones avalan la importancia que tiene el análisis de la relación profesional de la salud-usuario tanto desde un punto de vista preventivo como para la mejora del proceso terapéutico, pues éste no es más que un proceso de interacción e influencia social, cuyo objetivo es la curación o rehabilitación del enfermo, y cuyo logro va a depender en gran medida de dicha relación. Es necesario que el profesional de la salud asuma el hecho de que las relaciones interpersonales son una parte básica o fundamental del proceso de atención y, por consiguiente, parte integrante de los cuidados que presta. 

Partiendo de estos supuestos generales y considerando los problemas con los que debe enfrentarse día a día el profesional de la salud, como por ejemplo las dificultades manifestadas para establecer unas relaciones interpersonales que optimicen los efectos benéficos de su intervención, se ha propuesto abordar esta problemática desde la perspectiva, bien contrastada, del entrenamiento en habilidades sociales, obviando caer en el tópico (muy extendido en el área de salud) de que “saber comunicarse” es un “arte” más que una “técnica” y, por tanto, no susceptible de encuadrarse dentro de un proceso de enseñanza-aprendizaje, sino que depende de la idiosincrasia personal de cada cual, así como de la experiencia que se pueda adquirir de manera casual. 

#### Un ejemplo...

... de los problemas que debe afrontar cada día el profesional de la salud es el caso de iniciar, mantener y reforzar una conversación con pacientes de los que se requiere informaciones personales útiles para una valoración completa del problema que los afecta, así como la indefensión que experimentan –por carecer de asertividad– al establecer relaciones con profesionales de diferente currículums dentro de un mismo equipo de trabajo.

Entre las aplicaciones más sugerentes y prometedoras de los entrenamientos en habilidades sociales se encuentran las orientadas a la **formación de los profesionales sanitarios**.

El aprendizaje del rol profesional exige el conocimiento y dominio de un conjunto bien delimitado de habilidades específicas, bien cognitivas (conocimientos sobre la materia), bien técnicas (manejo de técnicas, instrumental, etc.). Sin embargo, asimismo requiere, en mayor o menor medida, determinadas habilidades sociales o comunicativas, de carácter general (como puede ser saber mantener una conversación) o específicas (por ejemplo, desarrollar empatía).

La importancia que puedan tener estas habilidades sociales guarda relación con la cantidad y calidad de las interacciones sociales, y también con el papel que éstas puedan tener en la consecución de distintas metas profesionales. No es extraño que la ausencia de habilidades sociales por parte de un profesional provoque la insatisfacción del paciente, y que esta relación insatisfactoria afecte de manera negativa al resto de las competencias técnicas (el paciente pone en duda la competencia profesional del sanitario). Tampoco es raro lo contrario:

Una buena relación profesional-usuario de los servicios de salud puede suplir deficiencias técnicas y convertirse en el principal método para alcanzar determinados objetivos profesionales, como puede ser la recuperación del paciente.

La aplicación de los entrenamientos en habilidades sociales a la formación de los profesionales de la salud exige tener en cuenta varios contextos de interacción, y dentro de éstos, diferentes objetivos. De esta manera, los entrenamientos en habilidades sociales pueden enfocarse a la relación del profesional:

- 1) con el usuario del servicio de salud, y
- 2) con el resto de los miembros del equipo de salud.

A su vez, el primer contexto puede incluir dos objetivos diferenciados:

- a) mantener una interacción satisfactoria y eficaz, y
- b) dotar al usuario de determinadas capacidades, para que éste mantenga una línea de comportamiento coherente (por ejemplo, con un tratamiento) y pueda, además, instruir y capacitar a otras personas, cercanas a él o que están a su cargo.

A continuación, vamos a revisar algunas de las habilidades que conformarían el logro de estos objetivos:

En los dos casos será fundamental la adquisición de distintas habilidades de comunicación y técnicas asertivas. Entre las primeras, la corrección de los pensamientos distorsionados que conducen a estados emocionales negativos y el manejo de los facilitadores de la comunicación.

En la siguiente tabla se define y exponen ejemplos de corrección de los pensamientos distorsionados más habituales en la interacción social.

<b>Diálogos interiores positivos</b>		
<b>Pensamiento original</b>	<b>Error</b>	<b>Pensamiento corregido</b>
Nunca me hacen caso.	Generalización, de una situación particular se hace una ley.	Algunas veces no me haces caso (piense en porcentajes). Hoy, en relación con tal asunto, no me has hecho caso (sea específico).
La culpa es mía.	Culpabilidad, autocastigo.	Soy responsable de haber hecho tal cosa (piense desde el punto de vista de la responsabilidad personal, esto le permitirá dar soluciones y aprender de los errores).
No soy tan buen profesional como otros.	Negativismo, ver las cosas por el lado oscuro, por el que no tienen solución.	Hay cosas que los demás hacen mejor que yo (no exagere). No soy tan bueno como otros para esto (relativice).
Me mira como si fuese un demonio.	Personalización o pensar que lo que los demás hacen o dicen tiene que ver con uno mismo.	¿Te he molestado? (Compruébelo y saldrá de dudas.)
No hay nadie a quien pueda recurrir, lo tengo que solucionar yo.	Hiperresponsabilidad, que le conducirá a sentirse agobiado y a no contar con los demás.	Desearía resolver esto por mí mismo. Tener responsabilidades no supone tener todas las soluciones (piense más en lo que desea que en lo que debería hacer y cuente más con los demás).
Me siento mal porque estoy rodeado de inútiles.	Razonamiento emocional, creer que lo que uno siente depende exclusivamente de la situación o de los demás.	Me siento mal porque no hago o digo lo que deseo (nuestras emociones y estados de ánimo dependen más de lo que hacemos y nos decimos que de circunstancias externas).

En cuanto a los facilitadores de la comunicación, en la siguiente lista presentamos los principales:

- Elija el lugar y el momento oportunos para asegurarse de que será escuchado.
- Muéstrese sereno y relajado.
- Demuestre, verbal y corporalmente, que escucha a su interlocutor.
- Pregunte ordenadamente, de lo general (preguntas abiertas) a lo específico (preguntas cerradas).
- Pida la opinión de su interlocutor.
- Hable en primera persona, autoafirmándose.
- Sea consistente con lo que dice, no se contradiga.
- Busque los puntos de acuerdo con su interlocutor, sea positivo.
- Hable de manera que el otro le entienda.
- Si tiene que reprocharle algo que haya hecho o dicho, haga referencia a esto de manera concreta y específica, sin caer en generalizaciones.
- Exprese sus sentimientos y estados de ánimo de manera directa.

En cuanto a las técnicas asertivas, hay que decir que están orientadas a la adquisición y desarrollo del comportamiento asertivo. Éste implica ser capaz de

expresar los deseos, sentimientos, necesidades, derechos u opiniones, pero nunca a expensas de los demás. Significa ser comprensivo con los puntos de vista del otro, tener un punto de vista positivo y comportarse de manera íntegra, madura y racional.

Las personas asertivas son capaces de controlar situaciones difíciles, con lo que se reduce su estrés, dado que se anticipan a las situaciones conflictivas y las tratan de manera habilidosa. Esto, sin lugar a dudas, las hace sentirse satisfechas con los resultados que obtienen. Además, durante el desarrollo de la interacción nadie pierde su integridad, por lo que los dos interlocutores consiguen satisfacer alguna necesidad.

Las personas asertivas suelen hablar en primera persona y preguntar a su interlocutor, por lo que su lenguaje está lleno de palabras y expresiones del tipo:

- opino
- siento
- quiero
- necesito
- qué piensas
- qué deseas
- qué quieres

Expresiones que suelen ir acompañadas de un lenguaje corporal acorde con las mismas, caracterizado por:

- postura relajada
- mirada directa
- expresión de la cara acorde con las circunstancias
- voz modulada
- brazos y manos con movimientos fáciles y relajados

Además, las personas asertivas suelen responder de manera directa, fluida y sin alterarse.

Los tres pasos necesarios para lograr la asertividad son:

Pasos asertividad	Expresiones indicadoras
Escuchar activamente.	Te entiendo...; Me pongo en tu lugar...; Comprendo lo...
Decir lo que piensa u opina.	Sin embargo, yo...; No obstante, yo...; A pesar de, yo...
Expresar qué quiere que pase.	Por tanto, me gustaría...; Es por esto por lo que quiero...; De manera que desearía...

## Resumen

Partiendo de la idea de que el campo de acción de la psicología de la salud viene determinado por sus objetivos, hemos considerado que éste está conformado por las siguientes áreas de aplicación de sus conocimientos y técnicas:

- 1) La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- 2) Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.
- 3) Mejora del sistema de cuidado de la salud para lograr una mayor eficacia y calidad de sus prestaciones y servicios.

Como aportación característica a la primera de estas áreas, hemos presentado la educación para la salud, las campañas de salud y la educación ambiental.

En el segundo caso, hemos contemplado las siguientes situaciones:

- a) La identificación de factores psicológicos de riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- b) La intervención psicológica para prevenir los efectos negativos del diagnóstico de una enfermedad grave o incurable o de la aplicación de procedimientos médicos dolorosos o incapacitantes.
- c) La aplicación de técnicas psicológicas, como por ejemplo labiorretroalimentación, como tratamiento de base de algunas enfermedades tradicionalmente de competencia exclusiva del médico.
- d) Las líneas generales de cualquier proceso de reajuste psicológico y social como consecuencia del padecimiento de la una enfermedad crónica o incapacitante.

Por último, hemos enumerado algunas de las posibles aplicaciones de la psicología a la mejora del sistema de cuidado de la salud y hemos puesto el énfasis en el entrenamiento en habilidades sociales a los profesionales de la salud.

## Actividades

1. Proponed ejemplos, extraídos de la literatura científica pertinente, de intervenciones orientadas a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.
2. Proponed ejemplos, extraídos de la literatura científica pertinente, de intervenciones orientadas a lograr una mayor calidad de vida del paciente.
3. Proponed ejemplos, extraídos de la literatura científica pertinente, de intervenciones orientadas a la mejora de los sistemas de cuidado de la salud.

## Ejercicios de autoevaluación

### De elección múltiple

1. La promoción de la salud tiene entre sus objetivos...
  - a) difundir en la comunidad un concepto integral de salud y la idea de que ésta es un valor fundamental para su desarrollo.
  - b) proporcionar a la población conocimientos sobre los factores determinantes de la salud, los riesgos para la salud y los medios para evitarlos.
  - c) aumentar la capacidad de la comunidad para resolver sus problemas de salud mediante el cambio de comportamiento, el desarrollo de hábitos y costumbres sanas y la eliminación de los hábitos nocivos.
  - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.
  - e) Todas las respuestas anteriores son falsas.
2. Las técnicas de educación para la salud se clasifican en directas e indirectas según si...
  - a) facilitan o no la relación entre educador y educando.
  - b) se realizan o no mediante la utilización de los medios de comunicación social.
  - c) las llevan a cabo profesionales de la salud o de la educación.
  - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.
  - e) Todas las respuestas anteriores son falsas.
3. Entre las condiciones que facilitan la comprensión, el recuerdo y el cumplimiento de los mensajes de salud, se encuentran...
  - a) presentar el mensaje de manera técnica, lo más aséptico posible.
  - b) comprobar si los mensajes van siendo entendidos pidiéndole al interlocutor que los repita.
  - c) quitarle importancia a la adherencia a la prescripción de salud.
  - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.
  - e) Todas las respuestas anteriores son falsas.
4. Entre las funciones que debe cumplir el animador de un grupo de educación para la salud podemos citar...
  - a) la clarificación de las tareas.
  - b) el mantenimiento de un clima favorable.
  - c) el hecho de estimular a los miembros del grupo para que participen.
  - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.
  - e) Todas las respuestas anteriores son falsas.
5. Una de las funciones que debe cumplir el animador de un grupo de educación para la salud es clarificar las tareas, lo que puede hacer...
  - a) promoviendo una definición común de los objetivos perseguidos.
  - b) suscitando la participación de los miembros del grupo formulándoles preguntas o provocando respuestas reflejas.
  - c) proponiendo procedimientos de discusión.
  - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.
  - e) Todas las respuestas anteriores son falsas.
6. La reacción prototípica o más característica ante el **diagnóstico de una enfermedad** grave o incurable o la **aplicación de procedimientos médicos** dolorosos o limitadores de nuestra capacidad de funcionamiento es...
  - a) la frustración.
  - b) la orientación hacia la conducta de riesgo.
  - c) los sentimientos de invulnerabilidad ante lo que es fatídico.
  - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.
  - e) Todas las respuestas anteriores son falsas.
7. Una deficiente comunicación entre el profesional de la salud y el paciente puede ocasionar que los pacientes...
  - a) no muestren adhesión al tratamiento.
  - b) demoren la búsqueda de tratamiento.

- c) olviden las instrucciones del profesional de la salud.  
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.  
e) Todas las respuestas anteriores son falsas.
8. “Los demás son mejores profesionales que yo”. Este pensamiento es un buen ejemplo de la distorsión cognitiva denominada...
- a) culpabilidad.
  - b) negativismo.
  - c) generalización.
  - d) personalización.
  - e) razonamiento emocional.
9. “Ningún paciente cree en su médico”. Este pensamiento es un buen ejemplo de distorsión cognitiva denominada...
- a) culpabilidad.
  - b) negativismo.
  - c) generalización.
  - d) personalización.
  - e) razonamiento emocional.
10. “Está pensando que me voy a equivocar”. Este pensamiento es un buen ejemplo de distorsión cognitiva denominada...
- a) culpabilidad.
  - b) negativismo.
  - c) generalización.
  - d) personalización.
  - e) razonamiento emocional.

### Cuestiones breves

1. Definición de educación para la salud.
2. Objetivos de la educación para la salud.
3. Enumerad los principales aspectos metodológicos de los programas de educación para la salud.
4. Si tuviérais que elegir una técnica indirecta de educación para la salud dirigida a toda la población y contaseis con un presupuesto exiguo, ¿qué medio elegiríais?
5. Objetivos de los programas de educación ambiental.
6. Concepto de biorretroalimentación o *biofeedback*.
7. Describid los tres pasos básicos hacia la asertividad.

### Desarrollo del tema

¿Podríais describir los principales aspectos metodológicos de un programa de educación para la salud?

## Solucionario

### Actividades

Las soluciones que proponemos a continuación son orientativas.

#### Actividad 1

##### a) Intervenciones orientadas a la promoción de la salud

Se realizó una intervención dirigida a la promoción de salud con la embarazada y la familia en el municipio de Ranchuelo, provincia de Villa Clara, desde enero de 1997 hasta agosto del año 2000.

Ésta se organizó en dos fases:

En la primera fase de intervención prenatal se realizó la capacitación de los facilitadores que desarrollaron el programa educativo, y se efectuaron diez actividades.

Además, se evaluaron los conocimientos de las embarazadas antes del ensayo y después del mismo (grupo de intervención).

En la segunda fase de intervención postnatal se realizó un seguimiento evolutivo mensual hasta el sexto mes, con actividades educativas el día de la consulta. En esta fase también se evaluaron los resultados al compararlos con otro grupo de embarazadas que no participó, procedente de la misma comunidad.

Los resultados permitieron demostrar que los facilitadores elevaron su nivel de información (90%), se logró una favorable modificación de los conocimientos de las embarazadas (100%), se prolongó la duración del amamantamiento hasta el cuarto mes (73,3%) y disminuyó el nacimiento de niños con bajo peso. Se concluye que la estrategia desarrollada propició la integración de los diferentes sectores involucrados y la participación activa de las embarazadas y familiares, y contribuyó al fortalecimiento de los servicios de salud para desarrollar las acciones de promoción, desde la perspectiva de la familia y la comunidad.

Gran parte de las intervenciones en promoción de salud y prevención de la enfermedad incluyen mensajes dirigidos a la población que se basan en las consecuencias negativas para la salud que acarrea una determinada conducta. Distintos autores han llegado a la conclusión de que el uso de la amenaza en los mensajes de salud parece influir en el desarrollo posterior de actitudes y conductas preventivas. Esto no significa, sin embargo, que los mensajes amenazadores tengan necesariamente consecuencias positivas. Para ello, deben cumplir dos condiciones básicas: provocar la atención del sujeto en lugar de miedo e incluir una recomendación para eliminar la amenaza del mensaje, que sea percibida por el sujeto como eficaz y fácil de realizar.

##### b) Intervenciones orientadas a la prevención de la enfermedad

Para planificar eficientemente los programas relacionados con el tabaquismo, parece necesario obtener información acerca de la efectividad conseguida por los distintos profesionales sanitarios, así como tener en cuenta la relación que se establece entre los fumadores y los diferentes ámbitos de actuación sanitaria. En este sentido, las diferencias observadas entre los farmacéuticos comunitarios y los médicos o profesionales de enfermería de atención primaria respecto a la relación establecida con los usuarios de sus servicios son las siguientes:

- Los farmacéuticos ofertan mayor accesibilidad. No se requiere de cita previa y los horarios son más amplios, incluyendo sábados y festivos.
- Los farmacéuticos atienden a pacientes y personas sanas que acuden a la farmacia en busca de productos de higiene, dietética o dermofarmacia.
- Los farmacéuticos, además de conocer la correcta utilización y eficacia comparada de los productos de ayuda para el tratamiento del tabaquismo, tienen un conocimiento más actualizado de este mercado.

La nueva práctica profesional, denominada *atención farmacéutica*, incluye el seguimiento del uso del medicamento en el paciente como parte esencial del ejercicio profesional de los farmacéuticos comunitarios, seguimiento que facilita la identificación de problemas relacionados con los medicamentos (PRM) cuando la terapéutica de deshabituación requiere del uso de los mismos.

#### Referencia bibliográfica

B. M. Beltrán González, I. Álvarez León, L. Hernández Vergel, y 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.

#### Referencia bibliográfica

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

#### Referencia bibliográfica

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

La participación del profesional sanitario en la actividad antitabáquica tiene varios escalones de compromiso profesional y complejidad técnica, que podemos resumir en el siguiente esquema:

- Consejo aislado, aprovechando la visita del paciente al profesional sanitario.
- Consejo más apoyo en posteriores visitas (seguimiento), que refuercen el consejo si la decisión del paciente es intentar el abandono del tabaco, o que le puedan hacer progresar en el proceso de maduración que le conduzca a la toma de la decisión.
- Terapia sustitutiva con nicotina y/o bupropión.
- Terapia sustitutiva con nicotina y/o bupropión más consejo médico y seguimiento.

Todo lo anterior, previo entrenamiento de los profesionales en el conocimiento de los estadios de cambio de conductas adictivas, aplicado a la deshabituación tabáquica u otros aspectos técnicos del proceso de deshabituación.

El incremento de efectividad observada para algunos de estos escalones se recoge en la siguiente tabla:

**Tabla 1. Efectividad de intervención**

Tipo de intervención	% de aumento de efectividad
Consejo aislado < de 3 minutos	2%
Consejo y apoyo 3-10 minutos	3%
Consejo aislado + TSN	6%
Consejo + seguimiento + TSN	8%

A continuación se exponen ejemplos de algunas de las intervenciones realizadas para disminuir riesgos asociados al consumo de alcohol en jóvenes, dentro del Plan de acción sobre drogas desarrollado por el Ayuntamiento de Barcelona a partir experiencias anteriores:

1) Educación de “servidores” (camareros y barmans) para la dispensación responsable. En este aspecto, según resultados obtenidos en otras experiencias similares realizadas en ciudades como Estocolmo y Minneapolis, se estima que si el 60% de servidores de una zona estuvieran entrenados para negarse a servir a clientes intoxicados, se reducirían en un 23% las muertes por accidentes de tráfico nocturno. Los objetivos del programa de entrenamiento para estos servidores podrían ser los siguientes:

- a) Prevenir la dispensación a menores.
- b) Evitar la dispensación a personas intoxicadas.
- c) Evitar la conducción bajo los efectos del alcohol.

2) Control y protección de menores

3) Seguridad del local de consumo (ventilación, material antiincendios, vasos y ceniceros de materiales blandos). Por ejemplo, en Reino Unido la campaña “Cristal Clear” logró una disminución efectiva de las lesiones por vidrio.

4) Prohibición o limitación de introducir/consumir alcohol en determinados espacios o eventos en los que las consecuencias del consumo pueden ser especialmente peligrosas.

5) Disponibilidad de transporte alternativo (taxis, autobuses). Por ejemplo, en Reino Unido algunas discotecas ofrecen “party buses” que recogen a los clientes de pubs locales y los llevan a la discoteca, para devolverlos luego al punto de partida por un módico precio.

6) Programas de conductor designado.

7) Bebidas alternativas sin alcohol o de baja graduación alcohólica (disponibilidad y promoción).

8) Alternativas de ocio y programas especiales. En España, existen diferentes programas de ocio nocturno alternativo (*Las mil y una noches*, *Abierto hasta el amanecer*, *BCN Bona Nit*) destinados a ampliar el abanico de actividades nocturnas y descubrir el ocio sin alcohol. Otros programas se concentran en la información y asesoramiento, como son los programas *Coge tu punto* y *El Chiringo*, que se llevan a cabo en el medio universitario de Barcelona.

9) Legislación de tráfico.

#### Referencia bibliográfica

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.

## Actividad 2

El tratamiento fundamental de la diabetes es médico, pero lo que es una cuestión de vida o muerte en primera instancia pronto cambia a una cuestión de calidad de vida. La intervención psicológica pretende colaborar con el tratamiento médico para poner el comportamiento del paciente a favor del tratamiento y no en su contra. Se trata de mejorar la calidad médica, centrándonos en el comportamiento y colocando la conducta al servicio del logro de un mejor control de la glucemia. Si hay control del nivel de glucosa en sangre, habrá calidad de vida, no habrá complicaciones agudas y se demorarán o evitarán en lo posible las complicaciones crónicas o a largo plazo de la diabetes.

Un conocimiento adecuado por parte del paciente de las consecuencias de sus comportamientos puede constituir un requisito para la adhesión adecuada a las instrucciones médicas.

- Los objetivos específicos de la intervención fueron:
- optimizar la realización de autocontroles glucémicos,
- el seguimiento de una dieta equilibrada,
- la sistematización del ejercicio y
- un manejo adecuado de las pautas terapéuticas de insulina y de las situaciones de la vida cotidiana para la integración de las prescripciones de tratamiento, y adaptar este tratamiento a las peculiaridades de la adolescencia y juventud.

Las técnicas psicológicas utilizadas fueron:

- Toma de decisiones,
- resolución de problemas,
- inoculación al estrés,
- entrenamiento en habilidades sociales,
- alimentación,
- adherencia a la dieta,
- relajación e intervención familiar.

En lo que respecta a los resultados, no se observaron cambios importantes en cuanto a niveles de ansiedad estado/rasgo, por lo que parece que esta intervención no influyó sobre estos aspectos de manera significativa, al menos en este plazo de tiempo. Se produjo una mejoría clara en la puntuación total para la calidad de vida. Aumentó el número de autocontroles realizados por cada paciente y una reducción del número de ingresos, que pasó de 2-3 al año de media a 0 ingresos durante el año en el que se realizó el estudio. En todos los pacientes, incluidos aquellos en los que los cuestionarios no mostraron diferencias claras, se observó una disminución de los niveles de HbA1c, que se acentúa a los seis meses de finalizada la intervención, de tal modo que un año después de la intervención, siete de los diez pacientes tienen niveles que se pueden considerar buenos (<7%).

El objetivo fundamental de este estudio fue establecer el perfil psicológico de las mujeres con cáncer de mama prestando una especial atención a la relación entre su estado emocional y diferentes características de personalidad, con el fin de mejorar las intervenciones psicológicas encaminadas a reducir o mitigar el malestar emocional y favorecer un mejor ajuste psicossocial.

De los resultados que se desprenden de esta investigación, podemos sacar, a modo de resumen, las siguientes conclusiones:

- Las mujeres con cáncer de mama evaluadas tienden a mostrar rasgos del “patrón de conducta tipo C”, característico, según distintos autores, de las personas que padecen trastornos neoplásicos.

En concreto, presentan:

- a) bajos niveles de ansiedad general y neuroticismo,
  - b) defensividad emocional y cierto grado de control de emociones de ansiedad y tristeza, y
  - c) tendencia a la armonía y a la racionalidad en el comportamiento interpersonal.
- Los estilos de afrontamiento, de espíritu de lucha, indefensión, preocupación ansiosa, fatalismo y negación son utilizados por todas las mujeres en distintos momentos y con distinta frecuencia. Sin embargo, los estilos de afrontamiento negativos de “indefensión/desesperanza” y “preocupación ansiosa” son utilizados con mayor frecuencia por las personas que tienen niveles altos de ansiedad y depresión, mientras que el espíritu de lucha es la estrategia fundamental en las mujeres con niveles bajos de ansiedad.

### Referencia bibliográfica

E. Menéndez, C. Lamana, M. S. Escalada, A. Iriarte, E. Anda, y 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 complementaria

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

- La calidad de vida percibida queda seriamente alterada cuando se tienen niveles altos de ansiedad y depresión, independientemente de la fase del proceso de intervención (diagnóstico, tratamiento o seguimiento) y del estadio en el que se encuentre la enfermedad.

Estos resultados nos llevan a sugerir la conveniencia de que las intervenciones psicológicas destinadas a promover el ajuste emocional de las mujeres que padecen esta enfermedad incluyan técnicas encaminadas a cubrir los siguientes objetivos:

a) reducir la ansiedad que puedan estar experimentando las mujeres ante las situaciones conflictivas de su vida y estimular, para esto, tanto la expresión de emociones negativas como la puesta en marcha de nuevas habilidades sociales o estrategias de resolución de problemas;

b) promover atribuciones internas de control sobre su salud y estrategias que faciliten el afrontamiento de la enfermedad con espíritu de lucha y de todos aquellos problemas personales y/o sociales derivados de la misma.

### Actividad 3

La mayoría de los cuidadores de pacientes con demencia han de enfrentarse al estrés emocional que supone la lenta pérdida de un ser querido y a la enorme carga que su cuidado supone.

Son cuidadores “informales”, habitualmente un familiar cercano, para quienes la demencia es algo desconocido y destructivo. Además, no es raro que se creen complejos lazos y mecanismos psicológicos que agravan aún más la carga y el sufrimiento. Dada su cercanía y accesibilidad, la enfermería especializada extrahospitalaria se encuentra en una situación privilegiada para implementar programas de formación dirigidos a cuidadores de pacientes con demencia. El objetivo último es suavizar la carga e incrementar la calidad de vida del paciente y de quienes lo rodean.

En concreto, el programa de formación del cuidador empleado en este caso es de diseño propio. Dos enfermeras entrenadas (PSP y PML), asesoradas por un neurólogo (JOR), imparten de tres a cinco sesiones a cada cuidador. Cada sesión dura entre una y dos horas. Se abordan, de manera flexible, cuestiones relacionadas con cuatro grandes bloques temáticos: la formación teórica en las demencias, la identificación y el manejo de los problemas que más alteran al cuidador, el cuidado del cuidador y los recursos sociosanitarios. Si procede, se ofrecen pautas de manejo para los trastornos de la conducta, basadas sobre todo en la modificación del entorno físico y personal del paciente.

El asesoramiento acerca de los recursos sociosanitarios se realizó de manera adaptada a las necesidades de cada caso. No se pudo disponer de trabajador social. Las sesiones se impartieron siempre por separado a cada cuidador; cuando se consideró oportuno, se hizo especial hincapié en la existencia de grupos de autoayuda, organizados por las asociaciones de familiares de Alzheimer (AFA).

El programa se ofreció a diez cuidadores que acudieron de manera consecutiva a la consulta. Se valoraron, antes y después de la intervención, aspectos cognitivos, funcionales, conductuales y afectivos, en el paciente y/o en el cuidador.

Los resultados mostraron que respecto al paciente no se apreciaron cambios en la esfera cognitiva ni en la funcional. Aunque los problemas de conducta no disminuyeron, éstos generaban menos estrés en el cuidador después de la intervención. Asimismo, se observó una mejoría en la afectividad de los pacientes.

En conclusión, es posible llevar a cabo programas eficaces de formación del cuidador en la demencia, con relativa economía de medios. La afectividad, tanto del paciente como del cuidador, es el área más sensible a este tipo de intervenciones. Es preciso realizar experiencias a mayor escala, con el fin de demostrar beneficios a otros niveles, y de comparar distintos tipos de intervenciones.

## Ejercicios de autoevaluación

### De elección múltiple

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

### Cuestiones breves

1. Proceso de comunicación interpersonal dirigido a proporcionar las informaciones necesarias para realizar un examen crítico de los problemas de salud y de responsabilizar a los indi-

### Referencia bibliográfica

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

viduos y grupos sociales en la elección de los comportamientos que tienen efectos directos e indirectos sobre la salud física y psíquica de los individuos y de la colectividad.

2.

- a) Difundir en la comunidad un concepto integral de salud y la idea de que ésta es un valor fundamental para su desarrollo.
- b) Proporcionar a la población conocimientos sobre los factores determinantes de la salud, los riesgos para la salud y los medios para evitarlos.
- c) Aumentar su capacidad para resolver sus problemas de salud mediante el cambio de comportamiento, el desarrollo de hábitos y costumbres sanas y la eliminación de los nocivos.
- d) Favorecer el desarrollo de los servicios sanitarios y potenciar su correcta utilización, así como su calidad y nivel de eficacia.

3.

- a) Análisis de necesidades de salud.
- b) Establecimiento de prioridades.
- c) Definición de objetivos.
- d) Selección de la metodología (grupo diana, procedimiento y recursos).
- e) Ejecución del programa.
- f) Evaluación del desarrollo de los resultados del programa.
- g) Formulación de las conclusiones y reformulación del programa.

4. Mensajes en la radio o mediante folletos.

5. Promover en el ciudadano actitudes y comportamientos para el uso adecuado del medio ambiente natural y construido, así como para proveer a éste de estrategias de afrontamiento del estrés inducido por la percepción de riesgos ambientales o por haber estado sometido a los efectos de una catástrofe natural.

6. Procedimiento por el que se informa al sujeto, mediante métodos electrofisiológicos, acerca de su funcionamiento biológico, con el fin de que pueda participar activamente en el control y modificación del mismo.

7.

Pasos asertividad	Expresiones indicadoras
Escuchar activamente	Te entiendo...; Me pongo en tu lugar...; Comprendo lo...
Decir lo que se piensa u opina	Sin embargo, yo...; No obstante, yo...; A pesar de, yo...
Expresar lo que quiere que ocurra	Por tanto, me gustaría...; Es por esto que quiero...; Así que desearía...

### Desarrollo del tema

1. **Análisis de necesidades** de salud en función de los problemas de salud identificados y del análisis de los servicios y recursos disponibles en la comunidad.
2. **Establecimiento de prioridades** y elección de los problemas objeto de intervención.
3. **Definición de objetivos** en términos operativos o de comportamiento que hay que lograr.
4. **Selección de la metodología** que se considera más oportuna para lograr los objetivos planteados. Suele incluir la definición del grupo diana, la elección de las técnicas, procedimientos para seguir y recursos que serán empleados.
5. **Ejecución** del programa.
6. **Evaluación** del desarrollo y de los resultados del programa.
7. Formulación de las **conclusiones** y reformulación del programa.

### Glosario

**angustia** *f* Reacción emocional cuando la persona se siente amenazada por un peligro indefinido.

**sin.:** ansiedad

**ansiedad** *f* Véase angustia.

**cronificación** *f* Hecho de volverse persistente la enfermedad a lo largo del tiempo.

**diferencial semántico** *m* Técnica empleada para medir las actitudes en la que el sujeto tiene que elegir entre dos pares de adjetivos opuestos que representan los dos extremos de una misma actitud (polo positivo y negativo).

**grupo diana** *m* Grupo de personas objeto de la intervención.

**grupos de riesgo o de alto riesgo** *m pl* Colectivos de personas que, por sus características específicas, tienen una gran probabilidad de contraer algún tipo de dolencia.

**promoción de la salud** *f* Acciones sanitarias dirigidas a la capacitación de las personas y mejora del medio ambiente, con el objetivo de aumentar los servicios de salud.

**recurrencia** *f* Recidiva, recaída.

## Bibliografía

### Bibliografía básica

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

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

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

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

Conde Vieitez, J. A., e 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, monográfico.

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

### Bibliografía complementaria

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

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

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

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

Martínez, M., León Rubio, Fernández, I. y Barriga S. (1988). Prevención y promoción en Psicología Comunitaria. En A. Martín, F. Chacón y M. F. Martínez (Coord.), *Psicología Comunitaria*, 55-65. Madrid: Visor.

Murray, M. y 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., y 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* (4.ª ed.). New York, US: McGraw-Hill.

### **Referencias bibliográficas**

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

Carrobes, J. A. I. y Godoy, J. (1987). *Biofeedback*. Barcelona: Martínez Roca.

Costa, M. y 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*. Libro de comunicaciones, vol. 1, 46-51. Santiago de Compostela.

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

León Rubio, J. M. (1985). *Biofeedback y discriminación*. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla.

