

Fundamentos de la psicología de la salud

José María León Rubio

P04/80040/00346

Índice

Introducción	5
Objetivos	6
1. Postulados e implicaciones del modelo biomédico	7
1.1. Principios del modelo biomédico	7
1.2. Implicaciones para la concepción de la salud y la organización de los sistemas de salud	7
2. El cuestionamiento del modelo biomédico	9
2.1. Importancia del contexto sociocultural a la hora de interpretar qué significa estar enfermo	9
2.2. Multiplicidad de los determinantes de la salud	11
2.3. Maleabilidad de las respuestas biológicas	12
3. La formulación del modelo biopsicosocial o una concepción integral de la salud	20
3.1. Bases teóricas del modelo biopsicosocial sobre la salud	20
3.2. El modelo biopsicosocial como fundamento de la psicología de la salud	21
Resumen	23
Actividades	25
Ejercicios de autoevaluación	25
Solucionario	27
Glosario	32
Bibliografía	33

Introducción

Partimos de la tesis que establece que el origen de la psicología de la salud radica en el cambio experimentado por el concepto de salud, y que el interés por el papel que desempeñan los procesos psicosociales en el binomio salud-enfermedad corre parejo al análisis de la crisis de los sistemas sanitarios; crisis que es más conceptual que práctica.

Desde nuestro punto de vista, la ineficacia de los procedimientos médicos para responder al patrón de morbimortalidad de los países desarrollados, las desigualdades de acceso a unos servicios sanitarios cuya oferta es pasiva e irracional, el hecho de que hoy sepamos que “la salud tiene un precio”, no es más que la expresión de un problema teórico, de la crisis de un modelo conceptual de la salud y de la transformación del mismo; es decir, del cambio de un modelo biomédico de salud a un modelo biopsicosocial. Este esquema conceptual parte de la consideración de que sobre la salud inciden múltiples determinantes que interaccionan entre sí, entre éstos, los factores psicológicos y sociales, cuyo valor etiológico es bien conocido, y se origina de esta manera la necesidad de incorporar otros conocimientos distintos a los biomédicos para el entendimiento de la salud; entre los mismos, los de nuestra disciplina: la psicología de la salud.

Objetivos

Con el estudio de este módulo alcanzaréis los objetivos siguientes:

- 1.** Exponer los principios en los que se sustenta el modelo biomédico.
- 2.** Examinar las implicaciones del modelo biomédico para la concepción de salud y la organización de los sistemas de salud.
- 3.** Revisar la evidencia empírica que contradice los postulados del modelo biomédico.
- 4.** Argumentar a favor de una concepción integral de la salud.
- 5.** Exponer los principios que fundamentan el modelo biopsicosocial.
- 6.** Examinar la concepción de salud y la reorientación de los sistemas de salud que se derivan del modelo biopsicosocial.
- 7.** Analizar las repercusiones de la formulación del modelo biopsicosocial para la emergencia de la psicología de la salud.

1. Postulados e implicaciones del modelo biomédico

1.1. Principios del modelo biomédico

Los dos principios explicativos sobre los que se apoya este modelo son:

- el reduccionismo biológico y
- el dualismo cartesiano.

1) El primero establece que todo problema de salud tiene un origen biológico; es decir, puede ser explicado por un mal funcionamiento de los procesos fisiológicos a causa de desequilibrios bioquímicos internos e involuntarios o por la acción de patógenos externos como bacterias y virus.

2) El segundo plantea que cuerpo y mente son entidades distintas que funcionan de manera independiente la una respecto de la otra. La mente es vista como un ente abstracto, relacionado con los pensamientos y los sentimientos, incapaz de influir sobre el cuerpo.

Desde esta perspectiva, los problemas de salud son causados por factores biológicos que poco tienen que ver con procesos psicológicos y sociales.

Las quejas o síntomas subjetivos del individuo son la consecuencia o expresión de un desequilibrio biológico subyacente. Es decir, lo biológico puede condicionar lo psicológico, pero el camino inverso es imposible.

Según esto, el individuo no tiene responsabilidad sobre la enfermedad, tan sólo es la víctima de fuerzas ajenas a él que producen cambios en su organismo, por lo que la intervención terapéutica debe estar guiada por principios biológicos y mecanicistas basados en preceptos y explicaciones unicasales; se entiende que un síntoma es originado por un único tipo de causa, consistente en un trastorno biológico que se expresa mediante el mismo.


Se admite que...

... el cáncer pueda originar infelicidad, pero no se considera que el estado de ánimo del paciente contribuya a la evolución o progresión de la enfermedad.

1.2. Implicaciones para la concepción de la salud y la organización de los sistemas de salud

En el marco conceptual del modelo biomédico, la salud es definida como ausencia de enfermedad o aflicción del cuerpo y, por consiguiente, las únicas acciones de salud posibles son el diagnóstico de la enfermedad y la intervención terapéutica para eliminar la patología orgánica subyacente. Diagnóstico y tratamiento que se orientan sólo a los aspectos físicos o biológicos, y que descuidan los aspectos psicosociales que de manera inevitable concurren en cualquier problema de salud.

Por lo tanto, la **enfermedad** y la **asistencia sanitaria**, entendida esta última desde el punto de vista de la provisión de servicios para el cuidado y curación del paciente, son los ejes centrales de este paradigma, a cuyo amparo se han desarrollado los actuales sistemas de atención sanitaria.

Estos sistemas tienen grandes dificultades para hacer frente a los nuevos retos del sector, ya que el envejecimiento de la población ha generado un predominio de las enfermedades crónicas e incurables, algo para lo que no estaban preparados, dado su carácter asistencialista y su marcada orientación al tratamiento de cuadros agudos. 

Es más, si se tiene en cuenta que desde el modelo biomédico la persona es un agente pasivo, sin responsabilidad sobre el proceso de salud, entonces comprendemos mejor los problemas que tienen estos sistemas para entender a unos ciudadanos que, fruto de su mayor formación e información, exigen mayor protagonismo y participación en todo lo relacionado con su salud.

Este estado de cosas ha generado la demanda de cambios importantes tanto en la organización operativa de la asistencia sanitaria como en los tipos de servicios que presta. Para esto, se hace imprescindible una concepción menos restrictiva de la salud y la desmedicalización de la misma.

A este cambio conceptual contribuyen distintas disciplinas (epidemiología, antropología, sociología y, por supuesto, psicología) que han puesto de manifiesto las insuficiencias del modelo biomédico como explicación científica de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad, y han aportado evidencia empírica acerca de la influencia de los factores psicosociales y culturales sobre la experiencia de la enfermedad, de la multicausalidad de la salud y de la maleabilidad de las respuestas biológicas por la acción de variables sociales y psicológicas. Todo esto viene a demostrar la debilidad de las bases sobre las que se sustenta el modelo biomédico: el **reduccionismo biológico** y el **dualismo mente-cuerpo**.

El envejecimiento de la población...

... es fruto de una suma de factores como el estancamiento en las tasas de natalidad, el aumento de la esperanza de vida o el descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas en la segunda mitad del siglo XX.

2. El cuestionamiento del modelo biomédico

2.1. Importancia del contexto sociocultural a la hora de interpretar qué significa estar enfermo

La enfermedad no es sólo la expresión de un trastorno biológico, sino también el resultado de influencias socioculturales. Enfermar no sólo significa quiebra de la salud, causada por la alteración y descomposición interior del cuerpo, sino también, como dijera Parsons (1951), el fracaso o la incapacidad de una persona para desempeñar su rol social y laboral habitual, de manera que cae en una situación de dependencia que se caracteriza, desde un punto de vista social, por dos derechos y dos deberes:

- 1) Exención de las responsabilidades sociales, que debe ser legitimada por una autoridad (el médico) para evitar los abusos.
- 2) Exculpación respecto a su condición de enfermo, pues se supone que ésta es involuntaria.
- 3) Obligación de reconocer que el hecho de “estar enfermo” es una situación indeseable.
- 4) Responsabilidad (en proporción a la gravedad de la enfermedad) de buscar ayuda profesional y de cooperar en el proceso terapéutico que se le imponga.

La opinión del médico, como autoridad legitimada por la sociedad, es la condición para que la persona pueda seguir ocupando el estatus de enfermo. Por lo tanto, si una persona no busca ayuda médica o no coopera en el tratamiento, puede ser considerada responsable del mantenimiento de su enfermedad y desprovista del estatus de enfermo. Esta competencia es del médico, que sobre la base de su nivel de capacitación, conocimiento técnico y predisposición actúa como un agente de control social, y sanciona, por ejemplo, sobre bajas laborales y accesibilidad a servicios sanitarios.

Según este punto de vista, la salud es entendida como desempeño de funciones sociales, lo que supone un primer cuestionamiento del modelo biomédico y la apertura a la consideración de la enfermedad como un proceso de índole social.

Después de Parsons, la enfermedad ya no podrá ser considerada un mero reflejo de una disfunción orgánica. Buena prueba de ello son los modelos sobre la conducta de enfermedad, en los que se parte de una distinción fundamental: **estar y sentirse enfermo** o, lo que es lo mismo, la enfermedad como representación de un problema por parte de la cultura profesional

Parsons sostiene...

... la teoría de que la enfermedad es una desviación social o que puede ser definida en términos de desempeño de funciones sociales.

médica (*disease*) y como interpretación que una persona hace de unos signos corporales en función del significado que tienen en su contexto socio-cultural (*illness*). En este sentido, la conducta de enfermedad ha sido definida por Mechanic (1986, pág. 21) como el modo en el que:

“las personas reciben los mensajes de sus cuerpos, definen e interpretan sus síntomas, realizan alguna acción para remediarlos y utilizan distintas maneras de ayuda o el sistema formal de salud.”

En estos procesos la influencia de los “otros” es determinante, ya que las señales corporales a percibir, cómo interpretarlas y responder a las mismas son cuestiones que se resuelven mediante mecanismos de socialización, comparación y representación social.

El individuo procesa la información de su cuerpo a partir de los valores y creencias prevalentes en su contexto cultural, y lo que es más importante, evalúa sus propias habilidades y capacidades de afrontamiento por **comparación social**, observando las respuestas de otros ante el mismo problema y los resultados que obtuvieron.

El papel de los “otros” es también fundamental en el modelo de enfermedad que propone Pilowsky (1986). Para él, la enfermedad es un estado del organismo que cumple los requisitos apropiados de un **grupo de referencia** para la admisión en el rol de enfermo; es decir, un grupo social capaz de suscribir los costes sociales que esto supone. Esto puede sufrir variaciones con los estadios de la enfermedad, de tal modo que si ésta se prolonga en el tiempo, los “otros” pueden sancionar el rol de enfermo como desadaptativo.

Esto es lo que Pilowsky denomina **conducta anormal de enfermedad** o **persistencia** en cualquier modo inapropiado o desadaptativo de percibir, evaluar y actuar en relación con el propio estado de salud, a pesar de que el médico haya ofrecido una explicación razonable de la naturaleza de la enfermedad y del curso apropiado del tratamiento que hay que seguir, basándose para esto en una norma de funcionamiento, tanto biológico como social, establecida socialmente o en referencia a un promedio estadístico.

En fin, el concepto de conducta anormal de enfermedad hace referencia al criterio de “normalidad” como salud; es decir, “estar sano” o “estar enfermo” para Pilowsky es una cuestión de funcionamiento razonable según unos criterios sociales, un problema social en el sentido establecido por Hertzman, Frank y Evans (1996, pág. 602-603):

“Un problema social es una cuestión de definición. [...] Un problema social carece de existencia objetiva, más bien la gente *atribuye* carácter problemático a ciertos hechos o conductas y les asigna significado. [...] Ninguna circunstancia o conducta [...] constituye un problema social si los miembros de la sociedad misma no lo consideran tal.”

Considerar la salud como un problema social supone desmedicalizar los problemas relacionados con el binomio salud-enfermedad, algo impensable desde la perspectiva del modelo biomédico.

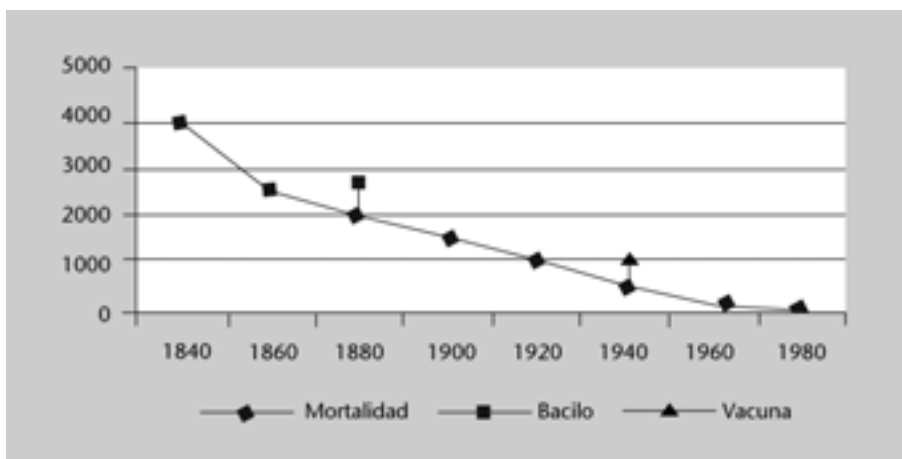
Los modelos sobre el modo como el sujeto se representa el “estar enfermo” suponen un avance con respecto al modelo biomédico, pues al preguntarse por las condiciones bajo las cuales las personas se definen como enfermas y buscan ayuda médica cuestionan la causalidad biológica de la enfermedad y amplían el horizonte de las causas de la salud más allá de las estrechas lentes del microscopio. De esta manera, ahora se reconoce que la salud es un problema multicausal y que existen estrechas relaciones entre los diferentes determinantes de la salud.

2.2. Multiplicidad de los determinantes de la salud

Los estudios de epidemiología histórica desarrollados por McKeown (1979) demuestran que en los últimos siglos la tasa de mortalidad de las principales enfermedades infecciosas se redujo de manera significativa antes del desarrollo de medidas eficaces por parte de la medicina, lo que pone de manifiesto que los determinantes de la salud no son sólo biológicos.

Los datos que ofrece este autor sobre la evolución de la tasa de mortalidad en Inglaterra y Gales por tuberculosis respiratoria son muy interesantes, pues muestran que cuando ésta se pudo curar (la estreptomomicina se empezó a utilizar en 1947), la tasa de mortalidad asociada a la misma ya había disminuido de forma considerable (véase la figura 1).

Figura 1. Tuberculosis respiratoria: tasas de mortalidad anual media (estandarizadas según la población de 1901), Inglaterra y Gales, 1840-1970.



Fuente: McKeown (1979).

La aplicación de antibióticos aceleró la velocidad del declive de la tasa de mortalidad, pero no fue la fuerza que lo inició. En la lucha contra la tuberculosis fueron determinantes las mejoras de las condiciones de vida; es decir, la salud de los individuos resultaba de la interacción de factores biológicos y sociales. Éstos podían facilitar o inhibir la eficacia de determinados agentes patógenos como las bacterias y los virus para provocar enfermedades.

Por otro lado, la expresión de los factores genéticos también depende, de una u otra manera, del entorno social. Contemplemos tres casos:

- 1) El individuo posee genes que no le permiten adaptarse a entornos ordinarios, por lo que éstos deben ser modificados. Es el caso de algunas enfermedades hereditarias que se transmiten de manera recesiva como, por ejemplo, la fenilcetonuria, la fibrosis quística o la hemofilia.
- 2) El medio ambiente es tan hostil que desborda la capacidad adaptativa de los mecanismos humanos normales, cualquiera que fuese la carga genética, por lo que hay que reducir la hostilidad medioambiental. Por ejemplo, eliminando los contaminantes ambientales, depurando el aire que respiramos y las aguas que usamos, etc.
- 3) Hay alguna combinación de agresión medioambiental y predisposición genética. La diabetes o la enfermedad cardíaca puede ser buenos ejemplos de esto.

La salud ya no es equivalente a ausencia de enfermedad, sino que puede concebirse como adaptación, en un sentido ontogenético, haciendo énfasis en el balance homeostático entre los individuos y sus respectivos entornos o en la **congruencia persona-ambiente**. De esta manera, y a diferencia del modelo biomédico, la salud es definida por lo que es y no por lo que no es. Se distingue entre salud y enfermedad: equilibrio y ruptura del mismo.

También a diferencia del modelo biomédico, en el que la salud es algo discontinuo (se trata de afirmar que un determinado individuo se halla o bien sano, o bien enfermo, y las alternativas son excluyentes), desde esta concepción la salud se nos presenta como algo continuo o dinámico; es decir, la ausencia de patología constituye un extremo de una dimensión, y su otro extremo es estar sano, y es posible pasar de uno a otro extremo de manera gradual.


Todo lo precedente (y la totalidad de lo que sigue) puede servir de ilustración de un hecho indiscutible, según Evans, Barer y Marmor (1996, p. 22):

“la función fisiológica sigue al estatus, y no al contrario.”

Esto nos lleva a la consideración de la maleabilidad de las respuestas biológicas por la acción de variables de índole social y psicológica.

2.3. Maleabilidad de las respuestas biológicas


Son muchas las evidencias que establecen conexiones entre lo social y lo psicológico con la enfermedad (lo biológico, en términos biomédicos). Entre todas éstas, hay una que nos llama la atención de manera especial porque en sí constituye un argumento favorable a la hipótesis de la interacción herencia-medioambiente y contrario a la determinación genética. El organismo de las

personas de todas las razas no ha variado sustancialmente en los últimos treinta mil años y, sin embargo, las enfermedades que se padecen han ido evolucionando a la par de la sociedad. (Marmot y Mustard, 1996). 

Los estudios sobre los trastornos relacionados con el estrés en un contexto de cambio cultural y la investigación sobre el apoyo social como estrategia para afrontar las tensiones cotidianas ilustran muy bien cómo los procesos sociales y culturales generan patrones de interacción social que moldean y modulan nuestras respuestas biológicas hasta el punto de transformarlas en factores de riesgo para la salud.

El cambio cultural suele tener un impacto significativo sobre la estructura de las relaciones sociales, así como sobre el acceso a los bienes materiales y a las fuentes y símbolos de prestigio, todo lo cual contribuye a la identidad social. Sobre estas bases, Dressler (1982) postuló un **modelo de discrepancia del cambio cultural**, según el cual la adaptación a la vida moderna no es problemática en sí, sino que sólo se vuelve un problema cuando el individuo tiene limitado el acceso a los recursos económicos, y en este caso se desarrolla lo que denomina **estrés de estilo de vida** o tensión resultante de conjugar un estatus socioeconómico bajo y un estilo de vida más o menos alto (entendido este último como el aspecto simbólico de la clase social o el estatus de modernidad), lo que socavaría la identidad social del individuo.

Dressler ha sometido a prueba este modelo con diferentes comunidades, y ha comprobado que un estilo de vida alto junto con un estatus económico bajo genera una tensión que tiene efectos sobre la elevación de la tensión arterial y, por consiguiente, sobre el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Es decir, el cambio sociocultural se traslada al individuo en forma de estrés o tensión y la respuesta a ésta ejerce de factor de riesgo para caer enfermo.

Ahora bien, el impacto de unas condiciones cambiantes varía según el significado que el sujeto atribuye a las formas tradicionales de vida. 

El caso de los navajos

Por ejemplo, la sociedad navaja es de tipo matricial, las mujeres ocupan una posición más privilegiada que los hombres. Por este motivo, tal vez se resisten a la integración en la "cultura blanca" más que los hombres navajos, resistencia que se traduce en un incremento de la prevalencia de la hipertensión entre las mujeres y en una disminución de ésta entre los hombres.

Por otro lado, el impacto del cambio cultural varía según el grado de discontinuidad con los valores tradicionales; mientras mayor es éste, mayor es el efecto del primero sobre la salud.

El caso de los tokelauanos

Salmond, Prior y Wessen (1989), siguieron durante catorce años a un grupo de 654 tokelauanos adultos que emigraron desde un estilo de vida de subsistencia a otro occidental y urbanizado, y comprobaron que los aumentos de tensión arterial estandarizada por edad correlacionaban de manera positiva con medidas del grado de asimilación cultural; los individuos adscritos a valores occidentales presentaron una tensión arterial más alta que los unidos a las normas tradicionales tokelauanas.

La población japonesa...

... padece enfermedades diferentes que la población norteamericana, pero los nietos de japoneses afincados en Estados Unidos padecen las enfermedades que son características de la sociedad estadounidense, no las de la sociedad de sus antepasados.

Tokelauanos

Habitantes de las islas Tokelau (Nueva Zelanda).

Por último, los mecanismos actuales de adaptación al cambio pueden prolongar las estrategias de afrontamiento de los problemas o, por el contrario, marcar una ruptura con las mismas. Un grupo puede responder a la tensión del cambio cultural desarrollando estrategias de afrontamiento construidas sobre la organización tradicional de las relaciones y las formas de gestionar situaciones difíciles en un ámbito social; apelaría a los valores clave de la comunidad de origen.

En el nuevo entorno, sin embargo, estas estrategias se alterarían, perderían su calidad protectora y se convertirían incluso en fuentes de estrés adicional.

El caso de los samoanos

Algo parecido a esto es lo que ocurre con los habitantes de Samoa emigrados y asentados en el norte de California. Las estrategias que adoptan para afrontar condiciones duras en un entorno nuevo parecen una transposición directa de las utilizadas en la tradicional sociedad samoana. El grupo de descendientes locales constituye una fuente importante de apoyo y contacto; las redes de parentesco difuso se mantienen por todo un conjunto de intercambios y obligaciones. Las congregaciones eclesiásticas, integradas en todas las esferas de la vida, son también un apoyo de gran importancia.

Esta doble estructura juega un papel central en la recepción y ayuda de nuevos emigrantes. Sin embargo, parece erosionarse bajo la presión económica y la aceptación de valores del estilo occidental. Participar en asuntos eclesiásticos y de parentesco y disfrutar del prestigio que proporcionan es caro. Las estrategias tradicionales de afrontamiento poseen efectos paradójicos en el nuevo entorno. Por una parte, sostienen valores comunitarios fuertes y aportan a los individuos vías de satisfacer sus necesidades. Por otra, la participación activa en las instituciones colectivas puede volverse una fuente de estrés, simplemente por el gasto que suponen. Esto es lo que ocurre con las personas que disponen de unos ingresos bajos y mantienen una alta implicación con los parientes. Tales sujetos acaban presentado una tensión arterial alta. Sin embargo, aquellas que disponen de mayores recursos económicos y una implicación grande o un estatus de liderazgo alto presentan una tensión arterial baja (Corin, 1996).

Para resumir, verse envuelto en actividades de parentesco tradicional tiene un efecto protector, si uno se las puede permitir. De no ser así, se convierten en fuente de vulnerabilidad.

La consideración conjunta de los resultados obtenidos en estos estudios sobre el estrés asociado al cambio cultural pone en evidencia que los valores y normas asociados a una cultura se transforman en el sujeto en interpretaciones de la realidad capaces de modelar sus respuestas biológicas. Éstas vienen a expresar un modo de relación particular que mantiene el sujeto con su medio.

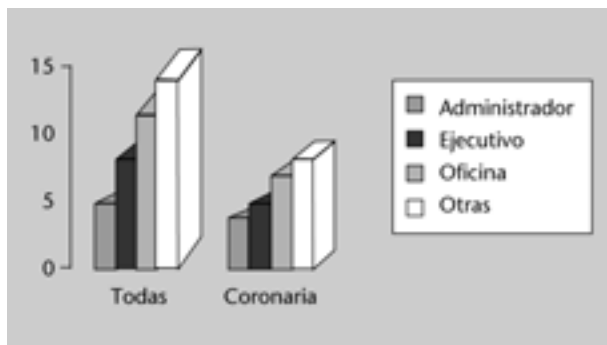
El caso de los funcionarios británicos

En esta línea, merece la pena que destaquemos el estudio de Marmot y Theorell (1988) sobre la incidencia de la enfermedad coronaria en los funcionarios británicos. En dicho trabajo se estudió por más de diez años una muestra de 10.000 funcionarios, y se recabó información específica de cada persona y no sólo valores promedio de grupo. Esto, por otra parte, fue muy fácil de obtener dado que en el funcionariado los rangos y la jerarquía de ingresos están bien definidos.

Los resultados indicaron que el riesgo relativo de muerte por enfermedad coronaria y la mortalidad ajustada por edad se distribuía de manera desigual en función de la categoría profesional (véase la figura número 2), lo que no era interpretable en términos de una

simple asociación entre nivel socioeconómico y salud o como la manifestación de una exposición diferencial a riesgos laborales. Todos los grupos gozaban de remuneraciones que podríamos clasificar como buenas, en comparación con la población general, y desempeñaban un trabajo de oficina con un bajo riesgo desde el punto de vista del entorno físico.

Figura 2. Porcentaje de hombres del funcionariado británico muertos por todas las causas y enfermedad coronaria según categorías (cifras ajustadas por la edad).



Entonces, ¿cómo podemos interpretar estos resultados? Marmot y Theorell observaron que durante la jornada laboral todos los sujetos mantenían una tensión arterial elevada, y cuando marchaban a casa, ésta disminuía, pero las disminuciones eran más significativas en los funcionarios de categoría alta. Además, los funcionarios de categoría baja producían mayores niveles de fibrinógeno circulante en sangre, que puede ser considerado un marcador de estrés. Es decir, a mayor nivel jerárquico, menor exposición subjetiva al estrés y más capacidad para “apagar” éste. A mayor nivel jerárquico, más recursos para afrontar las tensiones de la vida diaria.

Fibrinógeno circulante en sangre

Proteína de peso molecular alto que se encuentra en el plasma y que, por acción de la trombina, se convierte en fibrina, filamentos que son la base para un coágulo.

La posición que ocupa el sujeto en el contexto social supone patrones de interacción y esquemas de percepción que moldean y modulan sus reacciones biológicas.

Esta idea socava aún más, si cabe, el dualismo mente-cuerpo que sirve de fundamento al modelo biomédico, y abre el debate respecto al papel de la psicología sobre el binomio salud-enfermedad.

Lo psicológico y lo relacional pueden explicar los cambios que acontecen en nuestro organismo e incluso la muerte, como ha puesto de manifiesto el *Alameda County Study* (Berkman y Breslow, 1983).

Alameda County Study

Este estudio prospectivo, diseñado para identificar prácticas saludables protectoras de la muerte y la enfermedad, se puso en marcha en 1965, con una muestra estratificada compuesta por todos los propietarios mayores de diecinueve años y residentes en las casas situadas en el condado de Alameda, en Oakland (California). Toda la población recibió la encuesta elaborada al efecto, pero la muestra final quedó conformada por las 6.928 personas que de manera voluntaria respondieron a ésta.

Los investigadores trataron de controlar las variables que podían influir sobre la tasa de mortalidad posterior: **estado de salud del sujeto al inicio del estudio y edad.**

Dicho control se realizó preguntando al sujeto por su edad y sobre los siguientes aspectos relacionados con su estado de salud: discapacidades y enfermedades (agudas y crónicas), síntomas físicos y comportamientos cuya ejecución supone que el sujeto goza de buena salud; por ejemplo, hacer ejercicio físico.

Es importante señalar que...

... en 1965 sólo se consideraba como un riesgo para la salud la conducta de fumar. Aún no había pruebas contundentes de que el resto de las prácticas sobre las que los sujetos eran encuestados estuviesen relacionadas con la salud.

A lo largo del estudio, los sujetos participantes respondieron a diferentes cuestiones relacionadas con siete prácticas saludables:

- 1) Dormir siete u ocho horas al día.
- 2) Almorzar casi todos los días.
- 3) Comer, rara vez, entre comidas.
- 4) Beber alcohol moderadamente o nunca.
- 5) No fumar cigarrillos.
- 6) Practicar ejercicio regularmente.
- 7) Mantener un peso próximo al ideal, según el tamaño de la persona.

Además, contestaron a cuestiones relativas a variables sociodemográficas y sociales tales como nivel de ingresos, estatus marital, número de hijos, número de contactos con amigos y parientes y pertenencia a organizaciones como parroquias, asociaciones, etc.

Los principales hallazgos encontrados a los nueve años de iniciado el estudio fueron los siguientes:

- 1) Las conductas como la de fumar cigarrillos, consumir alcohol sin moderación, actividad física, obesidad y tiempo de sueño eran buenas predictoras de la mortalidad, con independencia del uso que las personas hacían de los servicios preventivos de salud y de la salud física que mostraron al inicio del estudio.
- 2) Los hombres que adoptaban como máximo dos comportamientos relacionados con la salud tenían casi el triple de posibilidades de morir que aquellos que habían puesto en práctica entre cuatro y cinco de tales conductas; en el caso de las mujeres, la probabilidad era mayor del triple.
- 3) El número de relaciones sociales íntimas que mantienen las personas también se relacionó con la mortalidad, en el sentido de que aquellos sujetos con pocos contactos sociales tenían dos veces y media más posibilidades de morir que aquellos que mantenían un número elevado de contactos.
- 4) En el caso de las mujeres, se hallaron relaciones significativas entre la mortalidad y la siguiente combinación de variables: tener cuatro o más hijos, ser trabajadora y ser viuda.

Seis años más tarde, otros investigadores (Camacho y Wiley, 1983) trataron de responder a la cuestión de si las prácticas saludables contribuyen sólo al tiempo de supervivencia, o si además permiten incrementar el nivel de salud general del individuo. Dado que una condición que predice la muerte no tiene por qué predecir la enfermedad, existen determinadas discapacidades, trastornos crónicos y síntomas de enfermedades que no conducen a la muerte. Para responder a esta cuestión, los investigadores analizaron, con un subgrupo de la muestra original de participantes, la relación entre:

- a) las cinco prácticas de salud que correlacionaban con la mortalidad (fumar, consumo de alcohol, actividad física, obesidad y tiempo de sueño);
- b) el índice red social que incluía las variables estatus marital, contacto con amigos y parientes y participación en parroquias u otras organizaciones; y
- c) la morbilidad.

Los resultados mostraron que tales conductas y el índice red social predecían cambios favorables en la salud.

Tanto estos resultados como los obtenidos por el equipo de Marmot nos ponen sobre la pista de otra acepción del término *salud* y de un mecanismo por el cual moldeamos indirectamente nuestro organismo; nos referimos a la salud como estilo de vida y al efecto de nuestros hábitos de comportamiento sobre nuestro aparato biológico.

Desde una concepción mecanicista del comportamiento, el término *estilo de vida* es definido y utilizado hoy en día, con frecuencia, en el sentido de:

“Comportamientos específicos identificados como factores de riesgo para la enfermedad y la muerte accidental, siendo el más corriente el uso del tabaco, los hábitos de alcohol y droga, el control de peso y la dieta, el ejercicio, el manejo de estrés y el uso de mecanismos de seguridad.

[...]. Subyaciendo a estos usos típicos de estilo de vida está la noción de que los hábitos personales son discretos e independientemente modificados y de que los individuos pueden elegir voluntariamente cambiar tales comportamientos.”

Coreil, Levin, y Gartly (1992, págs. 225-226).

Es difícil estar de acuerdo con esta concepción por diferentes razones:

- 1) Porque tales comportamientos no son discretos, sino que varían a lo largo de una serie de dimensiones.
- 2) Porque no son independientes entre sí y, por esto, podemos hablar de un estilo de vida sedentario o de un estilo de vida orientado al logro laboral o un estilo de vida protestante.
- 3) Porque no son un asunto individual, sino que están determinados en gran medida por el sistema de valores preponderante en un clase social determinada y en un contexto sociocultural concreto, así como por las condiciones de vida a las que las personas tienen que hacer frente.

Concebir el estilo de vida como un comportamiento o factor de riesgo individual ha dirigido la discusión sobre la salud no lejos del sistema sanitario, sino de vuelta al mismo, de una psicología clínica para personas que presentan unas patologías concretas a una psicología clínica (y de la salud) para personas sin patología específica, de ahí que se oferten intervenciones, en forma de “consejo de proveedor”, que intentan modificar los factores de riesgo mediante la simple transacción entre el clínico (ya sea médico o psicólogo) y cada paciente individual.

De esta manera, se amplía la línea de productos del sistema sanitario para cubrir un conjunto de enfermedades definidas, de manera amplia, como comportamientos no saludables. Esto facilita que nadie someta a escrutinio el comportamiento de las organizaciones o los efectos de las políticas económicas y sociales, públicas y privadas. Los intereses económicos establecidos no se ven amenazados y los determinantes sociales acaban reduciéndose a un problema de experiencia individual o de vulnerabilidad orgánica.

Piña López (1991, p. 50) nos ofrece una definición de salud muy acorde con lo que venimos sosteniendo. Según este autor, la salud sería entendida como:

“Condición del organismo en la que los sistemas biológicos de respuesta mantienen un nivel bajo de vulnerabilidad, en su estructura y función, al entrar en contacto e interactuar con el ambiente o sus partes —objetos, eventos u otros organismos— modulado por procesos psicológicos y el ejercicio de competencias conductuales que cada individuo desarrolla.”

La mejor manera de resumir lo expresado hasta el momento consiste en afirmar que la concepción del estilo de vida como un comportamiento individual obvia la evidencia sobre los determinantes de los comportamientos de salud de origen social.

Entre éstos podemos citar:

- 1) **La socialización.** Es innegable que algunos comportamientos de salud están determinados por las primeras experiencias de socialización, generalmente

Quando hablamos del comportamiento...

... relacionado con la alimentación podemos estar refiriéndonos a una conducta molecular concreta (comer alimentos grasos o “picar” entre comidas) o, desde una perspectiva molar, a un complejo de comportamientos que van desde el número de veces que nos alimentamos al día hasta el cepillado de dientes después de cada comida.

La lactancia natural es...

... una cuestión de estética en países desarrollados como el nuestro; en países en desarrollo es una cuestión de vida o muerte, en la que ésta puede prevenir la muerte de al menos un millón de niños.

vinculadas al contexto familiar. Los padres inculcan determinados comportamientos que, de manera progresiva, se convertirán en verdaderos hábitos que tienden a perdurar y que son excepcionalmente resistentes al cambio.

2) **Los valores asociados a una cultura particular o a un grupo socioeconómico.** Se trata de cierto tipo de normas, más o menos explícitas, que incluyen desde valores estéticos hasta definiciones del papel que deben jugar los diferentes miembros de la comunidad.

3) **La influencia grupal.** Por ejemplo, la presión del grupo de iguales es uno de los factores más significativos en la adquisición del hábito de fumar en los adolescentes.

4) **Modelo y tipo de asistencia sanitaria** a la que el individuo puede acceder, lo que determina su participación en campañas de vacunación, someterse a exámenes periódicos, etc.

Por todo esto, consideramos más ajustado a la realidad definir el estilo de vida como un conjunto de comportamientos adquiridos que comparten los miembros de una categoría social y que tienden a persistir en el tiempo.

Dicho de otro modo, considerar los comportamientos relacionados con la salud como la expresión, sintética, de distintos sistemas de creencias relativos a la salud, propios de una cultura o subcultura. Es decir, que el significado atribuido a salud y enfermedad da razón y explica las acciones llevadas a cabo por una persona para afrontar una patología o para preservar su salud, y no sólo que a partir de una determinada patología concedamos sentido y significado al término *salud*.

De esta manera, las concepciones sobre la salud, nuestro comportamiento respecto al sistema sanitario y nuestro estilo de vida son elementos interdependientes de un sistema de creencias que se manifiesta en determinadas motivaciones, actitudes y comportamientos relacionados con la salud. Tesis ésta que, de manera explícita o implícita, subyace en distintos modelos sobre la conducta de salud que pueden ser considerados otras tantas aproximaciones psicosociales al tema, y cuyas hipótesis de trabajo y apoyos empíricos examinaremos en el módulo “Modelos explicativos de la psicología de la salud”.

El reconocimiento del estilo de vida como un factor causal de la salud supondría llevar a cabo el diseño e implementación de programas preventivos que se focalizarían más sobre las consecuencias positivas de adoptar una nueva conducta de salud o estilo de vida saludable que en resaltar los posibles riesgos asociados con el mantenimiento de conductas patológicas. Se trata de considerar la salud como un valor positivo, en el ámbito individual y comunitario, y de que el sujeto disponga de actitudes positivas que guíen su comportamiento.

La tesis de fondo de estos planteamientos es que nuestro comportamiento tiene capacidad para actuar sobre nuestro sistema biológico, aunque sea indirectamente, y transformarlo.

Y esto mismo es lo que sugiere la novedosa pero ya amplia literatura sobre psiconeuroinmunología, en la que se pone de manifiesto que la tensión de la vida diaria afecta al sistema biológico y, por tanto, a la salud: la activación generalizada del organismo que implica la liberación en el torrente sanguíneo de catecolaminas y corticosteroides altera el funcionamiento del sistema inmune, y produce efectos inmunosupresores.

Las consecuencias de los hechos que hemos mencionado son claras: el modelo biomédico era sólo un dogma. Lo biológico puede ser tanto una variable independiente de lo psicológico, tal y como sostiene dicho modelo, como una variable dependiente del comportamiento y de las estructuras sociales que lo regulan.

Para resumir, los distintos aspectos examinados vienen a demostrar que:

- 1) El comportamiento afecta al funcionamiento biológico mediante distintos mecanismos biopsicosociales.
- 2) El modelo biomédico no es un marco apropiado para seguir explicando los problemas relacionados con la salud y la enfermedad por las siguientes razones:
 - a) No presta atención a las dimensiones sociales y psicológicas de la enfermedad en términos de etiología, prevención y tratamiento.
 - b) La salud no es un problema que se deba a una causa simple.
 - c) Ignora que las alteraciones bioquímicas son condiciones necesarias pero no suficientes para el desarrollo de la enfermedad.
 - d) Pone el énfasis en la curación de la enfermedad, cuando los problemas de salud que aquejan a las sociedades actuales desarrolladas son más de índole crónica e incurables.
 - e) La responsabilidad en materia de salud es siempre de la profesión médica, lo que explica su excesiva confianza en la sofisticada tecnología y sobreespecialización de los proveedores de cuidado de salud, y se genera de esta manera un modelo de sistema sanitario asistencialista, unisectorial, costoso, de escasa efectividad y deshumanizado.
 - f) Promueve relaciones autoritarias entre los proveedores de salud y los usuarios.
 - g) Considera la salud y la enfermedad como dos entidades diferentes.
 - h) Rechaza que la mente pueda actuar sobre la materia.
 - i) Obstaculiza la colaboración interdisciplinaria.

En fin, se impone un nuevo modo de pensar, un nuevo esquema conceptual a la hora de abordar los problemas relacionados con la salud.

Lectura recomendada

Podéis ver la revisión ya clásica sobre psicología social y sistema inmune de H. B. Kaplan (1991). *Social psychology of the immune system: a conceptual framework and review of the literature*. *Social Science and Medicine*, 33 (8), 909-923.

3. La formulación del modelo biopsicosocial o una concepción integral de la salud

3.1. Bases teóricas del modelo biopsicosocial sobre la salud

El reconocimiento del importante papel que juegan los distintos factores psicológicos y sociales en la aparición y mantenimiento de las enfermedades obliga a pensar sobre la salud en unos términos bien distintos a los propugnados por el modelo biomédico. Se impone, por tanto, el desarrollo de un nuevo modo de abordar los problemas relacionados con el binomio salud-enfermedad que facilite la reorientación de los servicios de salud.

Era necesario desarrollar un acercamiento más comprensivo, en el que la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales fuese el determinante principal de la salud y la enfermedad. Nace de esta manera el modelo biopsicosocial que Bishop (1994, p. 60-61) define como:

“Un acercamiento sistémico a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en la misma, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles.”

Sus bases teóricas se hallan en la teoría general de sistemas. Ésta sostiene que las cosas naturales se comprenden mejor en términos de jerarquía de sistemas, en la que cada sistema está compuesto por otros sistemas menores, al tiempo que forman parte de otro mayor. Así pues, todo sistema es, a la vez, un todo y una parte. Desde este punto de vista, aún en el caso en el que un tipo particular de proceso tenga el protagonismo, se deberá entender que los otros son condiciones necesarias para que tenga lugar el proceso.

En nuestra opinión, la emergencia del modelo biopsicosocial supone pasar de un modelo patogénico sobre los asuntos relacionados con la salud a un modelo salutogénico, cuyas principales características podríamos resumir del siguiente modo, en comparación con el modelo biomédico o enfoque patogénico (Antonovsky, 1996):

1) Rechaza el reduccionismo del modelo biomédico, al enfatizar la importancia que cada nivel (biológico, psicológico y social) tiene para la salud, y enfatiza su multicausalidad. En el modelo biomédico, la formulación específica de la patogénesis deja fuera de foco la consideración de otros factores causales que están presentes en la génesis de las enfermedades, pero que acaso sean muy difíciles de desvelar, precisamente porque no sintonizan con el modelo patogénico. Por el contrario, el modelo salutogénico se interesa más por dichos factores causales generales. El modelo patogénico, en tanto que modelo causal, resulta insatisfactorio para explicar la salud; sólo le interesa la causa específica de una enfermedad.

Bishop no diferencia...

... entre salud y enfermedad, para él se trata de un mismo proceso (*healthy*).

2) Evita el dualismo mente-cuerpo, al subrayar la existencia de interconexiones de los diferentes sistemas. Un cambio o desequilibrio en uno cualquiera de los niveles de jerarquía afecta también a todos los demás (inferiores o superiores). Desde esta perspectiva, se reconoce que las condiciones de vida y nuestro modo de vivir constituyen variables significativas que inciden en el inicio y el curso de la enfermedad. El modelo biomédico, al estar interesado fundamentalmente en lo patogénico, se desentiende de los factores estresantes cuyas consecuencias no son isomórficas para la patología. Y, en segundo lugar, porque estos factores estresantes son medioambientales o están mediados por el comportamiento de los sujetos; es decir, no son de su competencia.

3) Introduce el concepto de autorregulación, ya que cada sistema está orientado a alcanzar un equilibrio en su funcionamiento. En el ámbito físico, un ejemplo paradigmático es el de homeostasis. En el psicosocial, en el ámbito concreto de la salud, tiene la connotación de resistencia a cualquier cambio que suponga un peligro o amenaza para el sujeto. También tiene la connotación de “coherencia”; Antonovsky (1996), al preguntarse por los factores que hacen que determinados individuos de una población no adquieran esta o aquella enfermedad, señala que las personas que viven con una gran coherencia son más resistentes frente a la acción de los agentes estresantes o infecciosos, y entiende por coherencia una orientación global que expresa la posesión y profunda confianza de que las cosas se comporten como razonablemente cabe esperar.

En fin, lo importante es que los distintos significados del término suponen que el sujeto tiene un papel activo en todo lo que compete a su salud (responsabilidad), contrariamente a lo que se pensaba desde el modelo biomédico. El modelo biopsicosocial se interesa por anticipar cuáles son las estrategias de comportamiento más idóneas para hacer estable u optimizar la salud; es decir, promueve la adopción de responsabilidades personales respecto a la salud. En cambio, el modelo biomédico, en cuanto patogénico, estudia aquellos factores patológicos específicos que generan enfermedad con independencia de lo que haga el sujeto.

4) Enfatiza tanto la salud como la enfermedad, al tratarse de dos aspectos de un mismo proceso, y concede una gran importancia a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. De esta manera, favorece la multiinterdisciplinariedad a la hora de abordar los problemas de salud y tiene en cuenta los contextos de salud, factores ambos que quedan fuera del modelo biomédico.

5) Desde el modelo biopsicosocial la salud es un problema social y político, cuyo planteamiento y solución pasa, necesariamente, por la participación activa y solidaria de la comunidad (Barriga, 1988).

Un ejemplo

Un tumor maligno (cambio en un ámbito de tejido) afecta tanto a los ámbitos inferiores (sistema celular) como a los superiores (personal, familiar y social). Asimismo, el cierre de una fábrica (cambio en el ámbito de la comunidad) afecta no sólo a los sistemas superiores (sociedad, considerada globalmente) sino también a los inferiores (familia, persona, sistema nervioso, etc.).

3.2. El modelo biopsicosocial como fundamento de la psicología de la salud

La formulación de este modelo constituyó un catalizador que aceleró la investigación sobre los factores psicosociales asociados a la enfermedad, y contribuyó de

esta manera a la emergencia de nuevas disciplinas como la psicología de la salud. Sin embargo, sobre todo, este modelo plantea una nueva perspectiva sobre la salud, que implica concebir la salud en positivo y una concepción social de las acciones de salud, esto es:

- 1) Tener por objetivo central que las personas se mantengan en salud, y considerar que ésta, más que un estado, es un proceso (*healthing*) de desarrollo dirigido de manera activa y voluntaria hacia la realización de los individuos, grupos y comunidades.
- 2) Alcanzar un compromiso para el cambio del modo de vida (con vistas a la salud) no sólo por parte del individuo, sino también del sistema social y sanitario, pues si el individuo está o no sano no es un asunto de exclusiva competencia individual, sino que también depende de la estructura social.
- 3) Crear una “cultura de la salud” o conciencia de que ésta debe ser promovida y salvaguardada por parte de todos los actores sociales, en primer lugar por los propios individuos, que tienen la responsabilidad de mantener y mejorar su salud con la mayor autonomía posible respecto del sistema sanitario.

En fin, desmedicalizar la salud, lo que supone que:

- a) La salud deja de ser sinónimo de ausencia de enfermedad y de sistema sanitario eficaz, para ser promoción de un ambiente y unas condiciones de vida saludables; se enfatiza un concepto positivo, relacional y procesual de la salud.
- b) La enfermedad deja de concebirse como alteración de un sistema biológico y psíquico “en equilibrio”, para ser entendida como una relación desequilibrada entre las demandas del medio y las capacidades o posibilidades de hacerles frente; se acentúa el análisis de los determinantes sociales de la salud buscando integrar los aspectos biológicos y psicológicos con aquellos otros económicos, sociales y culturales.
- c) Las medidas para mejorar la salud y las de carácter terapéutico no sólo se plantean como respuestas correctoras para lograr la adaptación a las demandas estresantes o desequilibradoras del sistema social, sino también como modificación activa de éste.

Se trata, en fin, de optar por valores concretos de las dimensiones del polisémico concepto de salud.

Resumen

Hemos sostenido que la psicología de la salud tiene su fundamento en el reconocimiento del comportamiento como un marco apropiado para explicar los problemas relacionados con el binomio salud-enfermedad.

Para esto, en primer lugar hemos examinado los principios en los que se sustenta el modelo biomédico y las implicaciones que tienen éstos para la concepción de la salud y la organización de los sistemas sanitarios. Fruto de dicho examen ha sido la comprobación de que el reduccionismo biológico y el dualismo mente-cuerpo, ejes centrales del modelo biomédico, suponen concebir la salud como ausencia de enfermedad y las acciones de salud como provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de los factores biológicos responsables de la enfermedad. Todo esto, en un momento histórico, en el que los problemas de salud más acuciantes son de carácter crónico e incurable y asociados a desequilibrios sociales más que biológicos.

Por esta razón, en segundo lugar, hemos analizado la evidencia empírica que pone en entredicho los postulados del modelo biomédico y plantea la necesidad de un nuevo modelo sobre la salud. Los datos revisados han puesto de manifiesto que sobre el binomio salud-enfermedad inciden, además de factores biológicos, variables sociales y psicológicas; es decir, la salud no es un problema de carácter unicausal, sino multicausal, y es necesaria la elaboración de un nuevo esquema conceptual para comprenderla y explicarla. Este marco conceptual no es otro que el modelo biopsicosocial.

Por este motivo, en tercer lugar hemos revisado sus bases teóricas y analizado su papel en la emergencia de nuevas disciplinas como la psicología de la salud. En comparación con el modelo biomédico, hemos sostenido que el modelo biopsicosocial entiende que la salud está determinada por la interacción de múltiples causas, y una de las principales es el comportamiento o estilo de vida de las personas, y que cualquier problema en este ámbito debe ser considerado un problema social, toda vez que se trata de un recurso positivo para el desarrollo de los individuos, los grupos y las comunidades. Estos argumentos justifican la consideración de este modelo como uno de los principales pilares teóricos de la psicología de la salud.

Actividades

1. Relacionad los principios y características del modelo biomédico con determinadas prácticas de los servicios de salud.
2. Buscad noticias de actualidad que justifiquen una concepción integral de la salud.
3. Idead un servicio de salud orientado por los principios del modelo biopsicosocial.

Ejercicios de autoevaluación

De elección múltiple

1. El modelo biomédico...
 - a) se basa en el dualismo cartesiano mente-cuerpo.
 - b) enfatiza la multicausalidad de los problemas de salud.
 - c) enfatiza que la persona debe adoptar un papel activo y responsable en el cuidado de su salud.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.
2. La atención sanitaria desde el modelo biomédico se orienta...
 - a) a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
 - b) al diagnóstico de la enfermedad y de su tratamiento terapéutico.
 - c) a la prevención: primaria, secundaria y terciaria.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.
3. Para Mechanic, la conducta de enfermedad es la manera en que las personas...
 - a) perciben los mensajes de su mente y los interpretan.
 - b) inician acciones para modificar sus pensamientos acerca de la enfermedad.
 - c) utilizan distintas fuentes de ayuda para solucionar sus problemas de salud o adaptarse a la enfermedad.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.
4. Entre las objeciones que se le plantean al modelo biomédico podemos señalar...
 - a) no tiene en cuenta que los determinantes de la salud son múltiples e interaccionan entre sí.
 - b) promueve relaciones unidireccionales y autoritarias entre el profesional y el usuario.
 - c) no considera que las respuestas biológicas puedan estar influidas por variables sociales y psicológicas.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.
5. El modelo de discrepancia del cambio cultural postula...
 - a) que conjugar un estatus socioeconómico bajo con un estilo de vida alto socava la identidad social de la persona y genera una fuerte tensión.
 - b) que al cambiar de contexto cultural, cambia nuestro patrón de enfermar.
 - c) que la discrepancia entre los valores culturales de los grupos de referencia genera en la persona un intenso estrés.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.
6. Los resultados obtenidos en los estudios sobre el estrés asociado al cambio cultural ponen en evidencia...
 - a) que los valores y normas asociados a una cultura se transforman en los individuos en interpretaciones de la realidad capaces de moldear sus respuestas biológicas.
 - b) que mientras mayor es la discontinuidad con los valores de la cultura de origen, mayor es el impacto del cambio cultural sobre la salud.
 - c) que las estrategias de afrontamiento de los problemas asociadas a los valores de la cultura de origen pueden convertirse en fuentes de estrés en un nuevo contexto cultural.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.
7. El "rol de enfermo"...
 - a) implica el derecho de buscar ayuda y cooperar para recuperarse lo antes posible.
 - b) comporta la obligación de cumplir con una serie de responsabilidades sociales.
 - c) representa el primer cuestionamiento sistemático del modelo biomédico.
 - d) Todas las anteriores son correctas.
 - e) Todas las anteriores son falsas.

8. Entre los determinantes sociales de los comportamientos de salud se encuentran...
- la socialización.
 - las influencias del grupo y los valores asociados a una cultura particular.
 - el modelo y tipo de asistencia sanitaria.
 - Todas las anteriores son correctas.
 - Todas las anteriores son falsas.
9. Desmedicalizar la salud comporta...
- la promoción de un ambiente y unas condiciones de vida saludables.
 - entender la enfermedad como una relación desequilibrada entre las demandas del medio y las capacidades de la persona para enfrentarse a las mismas.
 - considerar que la modificación del sistema social puede ser una medida eficaz para mejorar la salud.
 - Todas las anteriores son correctas.
 - Todas las anteriores son falsas.
10. El modelo biopsicosocial...
- reconoce la influencia del contexto sociocultural en los procesos de salud y enfermedad.
 - establece un continuo entre salud y enfermedad.
 - se fundamenta en la teoría general de sistemas.
 - Todas las anteriores son correctas.
 - Todas las anteriores son falsas.

Cuestiones breves

- ¿En qué consiste la enfermedad según Parsons?
- ¿Cuál es la tesis central del modelo de discrepancia del cambio cultural?
- ¿Cómo define Bishop el modelo biopsicosocial?

Desarrollo del tema

¿Qué críticas se le pueden formular a una concepción mecanicista del estilo de vida?

Solucionario

Actividades

Las soluciones que proponemos a continuación son orientativas.

Actividad 1

- El modelo biomédico se rige por el principio del reduccionismo biológico; es decir, toda enfermedad o trastorno físico puede ser explicado por problemas en los procesos fisiológicos a causa de desequilibrios bioquímicos internos e involuntarios o por la acción de patógenos externos como bacterias y virus. De esta manera, cuando acudís a un servicio de urgencia, con independencia del problema de salud que presentéis, lo primero que os suelen hacer es medir vuestras constantes vitales para valorar el estado de vuestro organismo. Con frecuencia, el siguiente paso es tomar una muestra de vuestra sangre y orina para determinar la posible causa biológica de vuestro mal.
- El reduccionismo biológico en el que se sustenta el modelo biomédico supone que todo problema de salud puede ser explicado por una causa biológica. La especialización de la medicina podría ser un buen ejemplo de la actualización de este principio; si acudimos al médico de cabecera con un fuerte dolor de espalda, lo más probable es que nos remita al especialista, al traumatólogo. Esta búsqueda de una explicación unicausal obstaculiza con frecuencia la colaboración interdisciplinar. De esta manera, cuando dos enfermedades concurren en una misma persona (por ejemplo, insuficiencia coronaria y diabetes), es frecuente que los tratamientos específicos para cada una de éstas sean incompatibles entre sí, de manera que las “pastillas” para el corazón no sean buenas para la diabetes y a la inversa.
- Partiendo del reduccionismo biológico, el modelo biomédico considera al individuo como una víctima **pasiva** de fuerzas ajenas a él que producen cambios en su organismo; su responsabilidad sobre enfermar es prácticamente nula. En línea con esto, no es lo más frecuente todavía que el médico muestre interés por los patrones de comportamiento y estilo de vida de los enfermos que atiende. Las prescripciones de éste no suelen hacer referencia a cambios en dichos factores, sino más bien a la toma de determinados fármacos indicados para reducir o eliminar la sintomatología que presentan los pacientes. La mentalidad de los médicos suele ser que el paciente lo que tiene que hacer es “dejarse hacer”.
- El modelo biomédico tiene también por fundamento el **dualismo cartesiano**, según el cual el cuerpo y la mente son entidades distintas que funcionan de manera independiente. La mente es vista como un ente abstracto, relacionado con los pensamientos y sentimientos, incapaz de influir sobre el cuerpo o la materia física. Por tanto, la enfermedad puede tener consecuencias psicológicas, pero lo psicológico no puede actuar como factor causal. Desde esta perspectiva, las únicas acciones de salud posibles son el diagnóstico y la intervención terapéutica para eliminar la patología orgánica subyacente. De esta manera, por ejemplo, la actuación del médico nunca tiene por objetivo el estado de ánimo, las expectativas del paciente o sus redes de apoyo social. Estos temas, aun sabiendo que pueden explicar la evolución del paciente, se dejan en manos de la buena voluntad de otros profesionales, antiguos enfermos o voluntarios.
- El modelo biomédico promueve una relaciones profesional de la salud-usuario de los servicios de salud unidireccionales y autoritarias. En línea con esto, cabe recordar que el problema del seguimiento de las prescripciones médicas por parte del paciente se estudia, en la literatura médica, bajo el epígrafe “obediencia del paciente”, en lugar de los problemas de “adherencia del paciente”.

Actividad 2

Hemos seleccionado tres noticias, aparecidas en distintos medios de comunicación, tanto de carácter general como especializado.

Noticia 1:

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

revistajubilo.es

26 de septiembre del 2002

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

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

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

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

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

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

Sistema de gestión “intercruzado”

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

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

Noticia 2:

El bienestar social puede frenar el desarrollo del cáncer de ovario

elmundosalud.com

Oncología

30 de agosto del 2002

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

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

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

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

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

La depresión no influye

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

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

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

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

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

Noticia 3:

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

elmundosalud.com

30 de marzo de 1995

Industria farmacéutica

José Luis de la Serna

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

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

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

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

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

El gasto

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

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

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

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

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

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

Estados Unidos

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

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

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

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

El futuro

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

Actividad 3

Recordemos que las principales características del modelo biopsicosocial son:

- 1) Enfatiza la multicausalidad de los problemas relacionados con la salud.
- 2) Evita el dualismo mente-cuerpo, al subrayar la existencia de interconexiones entre los diferentes sistemas biológicos, psicológicos y sociales.
- 3) El sujeto tiene un papel activo y es responsable de su salud.
- 4) Enfatiza tanto la salud como la enfermedad, al tratarse de dos aspectos de un mismo proceso, y concede gran importancia a la prevención de la enfermedad y a la promoción de la salud.
- 5) Favorece la interdisciplinariedad a la hora de abordar los problemas de salud y tiene en cuenta los contextos de salud.
- 6) La salud es un problema social y político cuya solución pasa por la participación activa y solidaria de la comunidad.
- 7) Implica una visión salutogénica, que supone concebir la salud en positivo y una concepción social de las acciones de salud.

Un servicio de salud acorde a estas características sería aquel que:

- a) Se orientase, de manera fundamental, a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.
- b) Estuviese conformado no sólo por personal sanitario, sino también educadores, trabajadores sociales, etc.
- c) Tuviese a la comunidad como diana de sus acciones.
- d) Dirigiese sus esfuerzos a dotar a las personas de estrategias y recursos para que ellas mismas regulasen su comportamiento de salud, se responsabilizaran del efecto de su estilo de vida sobre la salud y participaran en la gestión de los servicios de salud.
- e) Considerase los factores psicosociales, junto con los biológicos, como factores etiológicos o causales del proceso salud-enfermedad.

Ejercicios de autoevaluación

De elección múltiple

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

Cuestiones breves

1. Para Parsons, la enfermedad es el fracaso o incapacidad de una persona para desempeñar su rol social y laboral habitual, de manera que cae en una situación de dependencia que se caracteriza, desde un punto de vista social, por dos derechos y dos deberes:

a) Exención de las responsabilidades sociales, que debe ser legitimada por una autoridad (el médico) para evitar los abusos.

b) Exculpación respecto a su condición de enfermo, pues se supone que ésta es involuntaria.

c) Obligación de reconocer que “estar enfermo” es una situación indeseable, por lo que la persona enferma tiene el deber y la responsabilidad de buscar ayuda y cooperar para recuperarse lo antes posible.

2. Este modelo postula que la adaptación a la vida moderna no es problemática en sí, sino que sólo se vuelve un problema cuando el individuo tiene limitado el acceso a los recursos económicos, caso en el que se desarrolla lo que se denomina “estrés de estilo de vida” o tensión resultante de conjugar un estatus socioeconómico bajo y un estilo de vida relativamente alto (entendido este último como el aspecto simbólico de la clase social o el estatus de modernidad). Esto socavaría la identidad social del individuo.

3. Bishop define el modelo biopsicosocial como un acercamiento sistémico a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos y sociales que intervienen en la misma, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus ámbitos.

Desarrollo del tema

Desde un punto de vista mecanicista, con el término estilo de vida se hace referencia a comportamientos individuales, discretos y específicos que pueden actuar como factores de riesgo para la salud, por lo que suelen ser objeto de distintas estrategias de intervención que pretenden su modificación uno a uno.

A esta concepción mecanicista se le pueden formular las siguientes críticas:

1) Tales comportamientos no son discretos, sino que varían a lo largo de una serie de dimensiones como la frecuencia, la duración, etc.

2) No son independientes entre sí y, por tanto, el cambio en uno de éstos puede afectar a los otros.

3) No son un asunto individual, sino que están determinados en gran medida por el sistema de valores preponderante en una clase social determinada y en un contexto sociocultural concreto, así como por las condiciones de vida a las que las personas tienen que hacer frente.

Glosario

acción comunitaria para la salud *f* Esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, para mejorar la salud.

educación para la salud *f* Oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una manera de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.

epidemiología *f* Estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o acontecimientos relacionados con la salud de determinadas poblaciones y la aplicación de este estudio al control de los problemas de salud.

esperanza de vida (al nacer) *f* Número promedio de años que puede preverse que vivirán los bebés recién nacidos teniendo en cuenta las condiciones actuales de salud. Este indicador refleja las condiciones ambientales del país, la salud de su población, la calidad de la atención que reciben las personas cuando se enferman y sus condiciones de vida.

estatus *m* Evaluación de un rol por el grupo en el que este rol está contenido o definido.

Bishop no diferencia...

...entre salud y enfermedad, para él se trata de un mismo proceso (*healthy*).

genotipo *m* Conjunto de los genes existentes en cada uno de los núcleos celulares de los individuos pertenecientes a una determinada especie vegetal o animal.

morbilidad *f* Estado de una enfermedad, es decir, la proporción de personas enfermas dentro de un grupo de población dado.

ontogenético -a *adj* Relacionado con el desarrollo del individuo.

paradigma *m* Modelo, teoría, percepción, supuesto o marco de referencia.

rol *m* Conjunto de normas que definen la manera en la que deben comportarse las personas en una determinada posición social.

Bibliografía

Bibliografía básica

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografía complementaria

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

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

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

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

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

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

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

Fromm, E. (1999). *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. México: Fondo de Cultura Económica (traducción de la edición original inglesa de 1956).

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografía citada en el texto

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pilowsky, I. (1986). Adnormal illness behaviour: a review of the concept and its implications. A S. Mc Hugh y M. Vallis (Eds.), *Illness behaviour. A multidisciplinary model*, 391-395. New York: Plenum Press.

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

Salmond, C. E., Prior, I. A. y Wessen, A. F. (1989). Blood pressure patterns and migration: a 14 year cohort study of adult tokelauans. *American Journal of Epidemiology*, 130 (1), 37-52.