

Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz, intervención-investigación en Psicología de la Salud*

Juan José Sánchez Sosa

Universidad Nacional Autónoma de México

Algunos de los conceptos incluidos en el presente trabajo figuran en la literatura de investigación reciente que contiene descripciones pormenorizadas pero inconexas, de las intervenciones del psicólogo en salud, a lo largo de una serie de momentos que ocurren cuando se pierde la salud y aun antes de que surjan los primeros signos de su deterioro. Se trata de un cambio en concepción de la epidemiología de lo que ocurre con la salud y la enfermedad en México que, como se ha señalado en otras fuentes, muestra lo peor de dos curvas. Por una parte, aún no se han abatido a un nivel deseable las enfermedades infecciosas y en ocasiones vuelven a resurgir. Otra curva continúa creciendo rápidamente, los padecimientos crónico degenerativos: las enfermedades del corazón, otros padecimientos cardiovasculares, el cáncer y la diabetes juntos, representan una proporción alta de la pérdida de la salud y la vida en México.

El éxito del investigador que diseña intervenciones para evitar perder la salud en primera instancia, y para recuperada después, depende de la medida en que las disciplinas científicas documenten con un grado razonable de confiabilidad las variables asociadas con la conservación de la salud y con su pérdida. En esa medida se diseñarán intervenciones de tipo profesional que incidan en cada uno de los momentos de su desarrollo. A dichas variables se les ha llamado factores de riesgo y ocurren en muchos niveles, con muy variadas complejidades y niveles de acceso.

* Sánchez-Sosa, J.J. (1998). Desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir: La interfaz, intervención-investigación en Psicología de la Salud. En: G. Rodríguez y M. Rojas (Dir.). *La Psicología de la salud en América Latina*. México: M. A. Porrúa. Pp. 33-44. La preparación del presente manuscrito fue posible, en parte, gracias al financiamiento de los proyectos 4679-H9406 del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CoNaCyT) e IN-304494 del PAPIIT de la UNAM.

Como usuarios potenciales de los servicios de salud, como miembros de la llamada población aparentemente sana y como profesionales que buscan intervenir en los distintos momentos del desarrollo de la enfermedad, es indispensable familiarizarse con el papel del comportamiento humano como factor de riesgo.

En una reunión del sector salud de México y la OMS se señalaba que se pueden identificar cuatro grandes grupos de factores que afectan la salud del ser humano: la herencia, es decir la naturaleza y las características del equipo biológico con que nace el humano; la nutrición, esto es, la calidad y la cantidad de su alimentación, incluso desde antes de nacer; tercero el acceso a servicios de salud de alta calidad y, el comportamiento humano (Soberón, 1988). En efecto, el comportamiento humano es un pilar fundamental de la salud o de su pérdida lo cual lo hace indispensable como objeto de estudio del especialista.

Otro pilar, añadido en la tradición del análisis de la interacción entre el ser humano y su ambiente, y que muestra que ambos se afectan mutuamente, es justamente la calidad del ambiente que nos rodea (Mercado, 1992).

Hay varias formas de concebir estos factores de riesgo, una de las que más facilita la tarea de quien hace epidemiología analítica desde la psicología es el tipificarlos de modo que se puedan detectar relaciones que después servirán para diseñar intervenciones, desde las preventivas, las de recuperación, las de límite de daño y aun las de rehabilitación. Como se verá más adelante, hay factores que funcionan como macrológicos o distales; y otros que actúan como micrológicos o proximales.

Si se ubican estos factores en sus respectivos niveles de observación, se agruparán también en niveles de optimización o generalización. Por un lado, los factores macrológicos suelen afectar a la población de manera relativamente homogénea a gran escala y representan variables a cuyo cambio se tiene acceso restringido tanto desde la óptica del individuo, como la del especialista. Algunos ejemplos incluyen el género, el nivel socioeconómico, la escolaridad el lugar de residencia, la infraestructura sanitaria, etcétera.

En la epidemiología, como especialidad y como forma de concebir la pérdida de la salud, es una tradición explorar cómo se asocian estos factores de tipo general-distal con la pérdida de la salud y con su recuperación. Un ejemplo es una serie de investigaciones realizadas por equipos de psicólogos en el Instituto Mexicano de Psiquiatría al respecto de factores que se asocian con la incidencia del abuso de sustancias. Se señala que cuando se comparten ciertas características tales como ser hombre en comparación con ser mujer, estar por debajo de una línea de corte de ingreso socioeconómico, estar abajo de un punto de corte de escolaridad, el lugar de residencia: (las ciudades de Guadalajara, Tijuana, ciudad de México, entre otras), hay probabilidades mayores de abuso de drogas.

Esta información puede ser importante porque ayuda a quien toma decisiones sobre política sanitaria, política institucional en salud, política social, etcétera, a orientar recursos, a adoptar decisiones institucionales, y planificar. Se confía en que lo que se haga con base en ese conocimiento aumentará las probabilidades de cambios sociales que, en sentido macrológico, fortalezcan en lo general el efecto de programas institucionales a gran escala.

Sin embargo, es difícil el acceso a esos factores si como expertos del comportamiento buscamos incidir sobre ellos. Serían muy bajas las probabilidades de cambio si se tuviera que decir a esa población aparentemente sana: *"haga un bachillerato"*, *"cámbiese de ciudad"*, *"cámbiese de sexo"*, *"gane más dinero"*, etcétera. Se trata de cambios de difícil acceso en la vida cotidiana del individuo o su familia aunque entrañen riesgos en otros niveles para el deterioro de la salud. No es necesario abordarlos en ese nivel de observación, aun detectando cómo operan en la vida cotidiana esos factores, los esfuerzos para "inmunizar" a la población a su efecto serían poco menos que inútiles.

El mismo análisis epidemiológico macrológico revelaría que hay numerosas instancias de individuos y familias enteras que a pesar de compartir todos aquellos factores de riesgo, no muestran abuso de sustancias y por tanto sus efectos sobre la salud. Así, es natural suponer que hay otros factores inherentes al comportamiento humano que quizás actúan como potenciadores de los macrológicos o bien que contrarrestan sus efectos, es decir, que se convierten en verdaderos factores protectores.

Esto conduce naturalmente al experto en comportamiento y salud a diseñar y conducir acciones preventivas basadas en el conocimiento sistemático y confiable de esos factores protectores inherentes a la interacción humana, es decir al análisis de variables proximales tales como las prácticas de crianza y la propia interacción humana. En dicho análisis hay factores que hacen una contribución muy importante por tener un alto peso específico y son los llamados eventos vitales. Se trata de aquellas transiciones que fuerzan cambios en la vida de los individuos, sus familias y, a veces, sus comunidades, literalmente de un día para otro. Algunos ejemplos incluyen casarse, divorciarse, hospitalizarse, el nacimiento del primer hijo, etcétera, entre muchos otros.

Estos cambios vitales ya están documentados en términos del tipo de ajuste que demandan, su función como estresores y el tipo de habilidades que se requieren para funcionar adaptativamente con ellos de modo que se reduzca su valor de riesgo (Hernández Guzmán y Sánchez-Sosa, 1995). Otro grupo de factores se relaciona con las habilidades interpersonales tales como la competencia interactiva o social, especialmente cuando se habla de niños, pues constituye un poderoso predictor de cambios en adaptación y salud que ocurren posteriormente. Otros ejemplos incluyen el apoyo del grupo inmediato, la aceptación en grupos y situaciones nuevas, y muchos otros factores que los psicólogos han investigado durante las últimas dos décadas.

Lo que ocurre cuando se tiene acceso a estos factores, conociéndolos en detalle, es que se dispone por primera vez de la opción real de tomar el conocimiento sobre los mecanismos que regulan el funcionamiento humano, su expresión como factores de riesgo para derivar intervenciones profesionales psicológicas e incidir sobre el ser humano y su salud, física o psicológica. Probablemente no se pueda modificar cómo inciden pero sí cómo el individuo reacciona y maneja la situación en que ocurre su impacto o efecto.

Sería difícil hacer una propuesta articulada en ausencia de un antecedente también articulado de análisis, uno de ellos ha surgido de la epidemiología clásica o la medicina preventiva. Esta propuesta clásica propone que la enfermedad, como cualquier otro evento que ocurre en la naturaleza, tiene una historia natural de evolución (Leavell y Clark,

1969). Lo interesante para los psicólogos es notar que esta progresión se puede observar y por tanto alterar en diferentes momentos. Si la investigación es metodológicamente sólida, sus resultados confiables, y la derivación tecnológica de intervenciones cuidadosas, deberemos poder incidir prácticamente en cualquier momento de esa evolución del deterioro de la salud.

Ese esquema propone un periodo de prepatogénesis. En términos de prevención primaria, es aquello que ocurre antes de que se den los primeros signos de deterioro de la salud. Desde entonces ya interactúan series de factores o agentes patógenos. Se dice que hay un anfitrión humano y factores medio ambientales que facilitan o potencian cotidianamente el efecto de esos estímulos patógenos cotidianamente desde antes de enfermarnos.

Hay un momento, probablemente arbitrario desde el enfoque de la experiencia humana pero no desde el del diagnóstico psicológico o médico, en el cual se da un umbral o punto de corte donde termina el periodo de prepatogénesis e inicia uno de patogénesis. Se empieza a hablar del curso de una enfermedad y por tanto de un panorama u horizonte clínico, con evolución de síntomas tipificables. Este panorama u horizonte clínico muestra una patogénesis temprana sobre la cual los médicos insisten en descubrir lo que está ocurriendo lo antes posible.

Así, el padecimiento puede evolucionar hasta un extremo. Desde el principio se da la interacción entre el anfitrión humano y estímulos patógenos, mismos que continúan funcionando durante todo el continuo aunque es concebible que en distintos puntos resulten substituidos por otros. Después se tiene ya una enfermedad temprana perceptible que, si no hay una intervención adecuada se convierte en una enfermedad avanzada que, si no se interviene eficazmente ésta puede llevar a la muerte, a un estado crónico, a la incapacidad o, si hay una intervención adecuada, a la recuperación.

Es a lo largo de ese esquema que funcionaría como "esqueleto" general, que hacemos la propuesta de ubicar, primero, el efecto de cambios vitales que actúan como estresores y por ende como factores de riesgo y, segundo, series de intervenciones de tipo psicológico, que también

actúan como opciones para el análisis conceptual de lo que ocurre entre el comportamiento humano y la pérdida de la salud.

El comportamiento humano, puede convertirse, por una parte, en grupos de "agentes patógenos", ejemplos tan elementales como no lavarse las manos, no hervir el agua, no cuidar la cocción de los alimentos, etcétera, y en el otro tipo de enfermedades, ejemplos como el fumar, no hacer ejercicio, abusar de grasas animales, manejar defectuosamente el estrés, etcétera. Se trata de factores completamente ligados con el comportamiento y que predicen la pérdida de la salud en el sentido de que la preceden y que muestran una asociación muy cercana.

Si se revierten los valores de las variables relativas al comportamiento, se da una transición de la conducta como riesgo, a la conducta como factor protector o recuperador de la salud. En principio, el experto en comportamiento debe ser capaz de intervenir en prácticamente cualquier momento de esa progresión cronológica. Así, el carácter de su intervención puede oscilar desde la prevención primaria hasta el diseño e instrumentación de apoyo a pacientes con padecimientos terminales y sus familias.

El ejemplo más temprano que podemos tener en el extremo de la intervención precoz, durante el periodo de prepatogénesis, la prevención primaria, generalmente entraña dos modalidades reconocidas como accesibles al experto en comportamiento: primera, localizar a las personas que, por factores de tipo distal: padecimientos en la familia, ambiente físico y social, carencia de satisfactores básicos, etc., ya se encuentran en riesgo.

Si se añade que esas personas no han adoptado o no pueden poner en práctica comportamientos que les protejan del efecto de otros riesgos (o que al menos no los exacerben), no se puede hacer verdadera prevención, desde el punto de vista psicológico.

Una vez detectadas las poblaciones en riesgo distal se diseñan intervenciones que faciliten la adopción de estos patrones de comportamiento que les protegen a través de factores proximales y que se convierten en la antítesis del factor del riesgo, es decir, en factor protector.

La segunda consiste en suponer que todo ser humano está expuesto potencialmente a factores de riesgo y optar por promover la adopción de conductas protectoras en población abierta como un esfuerzo general de promoción de la salud.

Una nota precautoria en este punto consiste en señalar que un error común sobre la promoción de la salud consiste en suponer que informar al individuo o su comunidad sobre la forma en que operan los factores de riesgo y las conductas protectoras basta para establecerlas. Si bien la información puede ser necesaria para iniciar campañas o programas de promoción de la salud, prácticamente nunca resulta suficiente.

La investigación sobre intervenciones tendientes a cambiar el comportamiento de núcleos completos de población incluye una amplia gama de componentes cuya contribución relativa al cambio requiere evaluación por separado (véase por ejemplo, Farquhar, Maccoby, Wood, Alexander, Breitrose, Brown, Haskell, McAlister, Meyer, et al., 1994).

La adopción de hábitos protectores incluye atender signos potenciales de inicio de un padecimiento, esto incluye lo que recomiendan los especialistas en el sentido de hacerse exámenes periódicos que busquen la detección precoz del desarrollo de padecimientos en sus etapas más tempranas modificando significativamente sus probabilidades de avance.

Cuando ya se habla de un horizonte clínico, ni desaparece ni se reduce lo que puede hacer el psicólogo para ayudar a recuperar la salud sino que éste diseña y aplica intervenciones de naturaleza diferente. El propósito es facilitar a la persona la adopción de comportamientos que le ayuden recuperar la salud. Estas metas no son excluyentes de un nivel al otro, sino que se añaden al anterior. Ejemplos lo constituyen la adherencia a los regímenes terapéuticos en los varios niveles de tratamiento. Se busca ayudar a seguir instrucciones del médico: tomar uno o varios medicamentos en las dosis indicadas, no exponerse a factores patógenos adicionales, apegarse a regímenes alimenticios, de actividad física, etc. Cuanto ejemplo ilustre lo que el terapeuta indica al paciente como acción pertinente y, de ahí en adelante, es un ejemplo de algo que se facilita si se conocen y aplican sus mecanismos psicológicos subyacentes. De esta manera se añaden componentes tales como el manejo

emocional y de interacción en el contexto de pérdida de funciones o de órganos o miembros y la adopción forzosa de estilos de vida que apoyan tratamientos a largo plazo.

La psicología de la salud es probablemente una de las áreas en que es menos tolerable la brecha que a veces se da entre el conocimiento de principios básicos del funcionamiento psicológico del humano, logrado a través de la investigación básica, y la forma en que aquéllos se convierten en intervenciones preventivas o terapéuticas. Esto también se aplica a la forma en que la intervención se somete a prueba para evaluar su eficacia. En esta especialidad nadie puede darse el lujo de actuar como artesano, valorando por ensayo y error si funciona o no una intervención, sin conocer el origen de la decisión de aplicarla. Esto entraña una responsabilidad de quienes forman psicólogos de la salud y de quienes forman, en general, a los expertos que hacen prevención en el sano o atención en el enfermo.

En otro sentido, son escasísimas las propuestas de integración teórica y tecnológica en Psicología de la Salud para todos estos propósitos. En el presente trabajo se presenta una que toma prestados algunos conceptos del análisis sobre transiciones vitales descrita por autores como Kellam y Werthamer-Larsson (1986).

Independientemente de posturas teóricas sobre el desarrollo humano, es posible identificar requisitos de adaptación psicológica que, por la naturaleza del cambio vital ante el cual ocurren y del sistema predominante que los afecta, acaban por convertirse en verdaderas etapas para muchos seres humanos. Tradicionalmente las etapas del desarrollo humano (convencionalmente denominadas) se tipifican tanto por el paso del tiempo como por algunos cambios generales sin límites tangibles: infancia y niñez temprana, niñez, adolescencia, juventud temprana, edad adulta y senectud. Si se toma esta evolución del desarrollo natural del ser humano, y se identifican aquellos cambios de comportamiento que les dan sentido por responder a demandas específicas e identificables, es posible promover cambios en conducta que contrarresten el valor desadaptativo o de estresor que puedan entrañar dichos cambios y, por tanto, contribuir a la conservación de la salud.

Las transiciones o eventos vitales no necesariamente contienen un valor intrínseco como factor de riesgo aunque la mayoría tiene algún valor como estresor. El valor de riesgo depende en realidad de variables como la competencia social, la predictibilidad de la transición como estresora, la disponibilidad de apoyo social y familiar, etcétera. En orden cronológico, algunos ejemplos incluyen: el nacimiento de un hermano (especialmente el primero), el ingreso a la escuela, el inicio de la pubertad, las relaciones de género, la elección vocacional, la salida de la casa materna, el matrimonio o el vivir en pareja, la elección ocupacional con el inicio de la vida laboral, la crianza de hijos pequeños, el ingreso de hijos a la escuela, la crianza de adolescentes, cambios en nuestro desempeño laboral, en su caso, el divorcio, la salida de los hijos de casa, el matrimonio de los hijos, ser abuelo, el retiro o jubilación, una enfermedad importante, muerte de la pareja, muerte de amigos, y la cercanía de la muerte de uno mismo.

Así, se trata de cambios en la vida, cuya naturaleza nos demanda, nos exige un cambio adaptativo en comportamiento. Si el cambio no resulta adaptativo, es decir, no es congruente con lo que nos demanda el ambiente, su valor como protector de la salud, será prácticamente nulo y puede entrañar riesgo.

Cada una de estas transiciones ocurre con el influjo predominante de un Sistema, definido para efectos de este análisis como un conjunto de personas con interacciones definidas por su papel social o funcional, actuando en situaciones o escenarios más o menos específicos. Se dice, entonces que, en condiciones normales, el sistema familiar, referido a la familia parental, es el principal contribuyente al funcionamiento humano desde el nacimiento hasta la salida de la casa materna. Otro sistema, el educativo, tiene un peso importante más o menos desde los cinco años y hasta que se adopta una ocupación relativamente permanente. Estos primeros dos sistemas se traslapan típicamente unos 15 o 20 años. Un tercer sistema, que se mantiene operando en nuestra vida prácticamente desde los cuatro o cinco años y hasta nuestra muerte, es el de compañeros, amigos y familiares, ya no los de nuestra familia nuclear parental. Un cuarto sistema, que típicamente inicia su operación entre los veinte y los treinta es el del sistema nuevo familiar con la pareja. Este sistema se desintegra como tal al momento del deceso de la pareja. Los últimos dos sistemas incluyen al laboral, que se inicia al momento del

primer trabajo y termina con el retiro, la jubilación o la incapacidad; y los sistemas familiares de los hijos que inician con el matrimonio de éstos y perduran hasta nuestra propia muerte.

Para efectos de la intervención psicológica en salud, una propuesta natural, derivada del presente análisis consiste en sobreponer el esquema de la historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark sobre cada una de las transiciones vitales y analizar, por medio de investigaciones relacionadas, la forma en que cada una de ellas entraña o propicia el surgimiento de factores de riesgo para la salud física y psicológica. El análisis funcional, confiable de dicho papel de riesgo se convierte así en el mejor predictor del deterioro en la salud y por ende en la mejor fuente para diseñar intervenciones preventivas o terapéuticas, sobre todo si incluye a las competencias personales.

La formación de psicólogos de la salud debe incluir la intervención en todos estos niveles (Sánchez Sosa, 1987). Una vez sobrepuestos ambos esquemas, se sustituyen los términos de naturaleza estrictamente biomédica por variables basadas en la conducta, tanto en lo relativo al análisis de factores de riesgo, como al desarrollo de intervenciones que van desde la prevención primaria hasta ayudar a bien morir.

Es especialmente importante en este punto terminar con una nota precautoria. Nada de lo que se ha propuesto aquí es viable si no se basa en investigación de alta calidad metodológica y teórica (relativa a teoremas más que a teorías). Un vicio derivado probablemente de una ruptura con lo mejor de la tradición experimental en psicología, está llevando a muchos investigadores sociales a descuidar el carácter eminentemente funcional de una relación confiable entre dos o más variables (Baer y Schwartz, 1991; Fawcett, 1991). Se confía desmesuradamente en constructos surgidos de la mera conducta verbal sin más validez que algunos referentes culturales o lingüísticos, en vez de documentar la validez funcional de los hallazgos que relacionan conducta con salud o, para el caso, con cualquier otro grupo de variables.

Mientras no se incorporen a la investigación controles lógicos y metodológicos que aseguren la detección de relaciones funcionales más allá de la mera significación estadística, se bordará en hallazgos que apelan más a las concepciones populares de sentido común que a un conocimiento

articulable dentro de un contexto científico. Después de todo, la epidemiología analítica fundó su desarrollo en la solidez de hallazgos que relacionaban padecimientos identificados con factores tan concretos como cerrar selectivamente válvulas de una red de agua potable o identificar un microorganismo patógeno.

Referencias

Baer, D. M. & Schwartz, I. S. (1991). If reliance on epidemiology were to be come epidemic, we would need to assess its social validity. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24(2), 231-234.

Farquhar, J. W., Maccoby, N., Wood, P. D., Alexander, J. K., Breitrose, H., Brown, B. W., Jr., Haskell, W. L., McAlister, A. L., Meyer, A. J., et al. (1994). Community education for cardiovascular health. In A. Steptoe & J. Wardle (Eds.), *Psychosocial processes and health: A reader* (pp. 316-324). New York: Cambridge University Press. (Reprinted from "Lancet," i, 1977, pp. 1192-1195)

Fawcett, S. B. (1991). Social validity: A note on methodology. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24(2), 235-239.

Hernández- Guzmán, L. y Sánchez-Sosa, J.J. (1995). La psicología preventiva: su validez y eficacia en el contexto de la psicología conductual. *Psicología Conductual (España)* 3(2), 173-182.

Kellam, S. G., & Werthamer-Larsson, L. (1986). Developmental epidemiology: A basis for prevention. In M. Kessler & S. E. Goldston (Eds.), *Primary prevention of psychopathology, No. 9. A decade of progress in primary prevention* (pp. 154-180). Hanover, NH: University Press of New England.

Leavell, L. H. & Clark, E. G. (1969). *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*, New York: Pergamon Press.

Mercado, S., comunicación personal, 1992.

Sánchez Sosa, J. J. (1987). Comments to the session on training of human service and mental health professionals". In K. Chism, G. K. Herberty & M. S. Williams (eds.), *Human Services in the United States and Mexico: Proceedings of the Third Annual Robert L. Sutherland Symposium*. Austin: University of Texas School of Social Work.

Soberón, A. G., (1998). La atención primaria a la salud: el caso de México, Trabajo presentado en la Reunión de XL Aniversario de la Organización Mundial de la Salud, y X de Alma Ata, Acapulco, Gro., México, noviembre de 1988.