
PSICOLOGIA DE LA SALUD EN EL PERU: UNA DELIMITACION HISTORICO-CONCEPTUAL

HÉCTOR LAMAS ROJAS / RAFAEL RODRÍGUEZ FALLA*
UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES

Resumen

Introduce al lector en los conceptos básicos de la psicología de la Salud que se asume como una amplia perspectiva de aplicación de la psicología al estudio del proceso de salud enfermedad y la atención de salud. Se presenta una perspectiva de análisis de la Psicología de la Salud en el Perú.

Palabras claves: Psicología de la Salud, estrés, prevención, promoción, calidad de vida

Abstract

Introduce to the reader in the basic concepts of the Health Psychology that is asumed as a good perspective of application of the psychology to the study of the process of illness - health atention. A perspective of analysis of the Health Psychology in Peru is presented.

Key words: Health Psychology, stress, prevention, promotion, live quality.

Introducción

La Psicología de la salud es entendida como el conocimiento científico, profesional y educacional de la psicología que contribuye a la promoción y mantenimiento de la salud, pre-

vención y tratamiento de la enfermedad, identificación de la etiología y correlación diagnóstica de salud, enfermedad y disfunciones relacionadas y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de políticas sanitarias. (Matarazzo, 1980).

* Doctor en Psicología, Director de la Sección de Post-Grado de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad de San Martín de Porres.
E-mail: psicología@fccsmp.edu.pe

* Docente pre Grado, Escuela Profesional de Psicología, Universidad de San Martín de Porres. Email: rafael.rodr@sof.thame.net

Como disciplina, la psicología de la salud ha contribuido significativamente al entendimiento de conductas que promueven la salud y el reconocimiento de un conjunto de factores socio culturales y conductas que fomentan el desarrollo de la enfermedad. Hoy en día, las causas más importantes de mortalidad en nuestra cultura occidental incluyen a los desordenes cardiovasculares, cáncer y el SIDA. Estas enfermedades son causadas por un conjunto de factores conductuales, sociales ambientales y biológicos tales como el excesivo consumo de alcohol, falta de ejercicio, dieta deficiente. La importancia de variables conductuales y psicosociales en un buen número de problemas de salud permiten la participación del psicólogo en esta área.

La Psicología de la salud puede hacer mucho para mejorar el estilo de vida de cada individuo, también para mejorar la calidad de los servicios de salud y reducir sus costos.

El rol de los psicólogos de la salud en la prevención de enfermedades es necesario ya que se sabe más de los mecanismos conductuales que influyen en la salud y en los procesos que motivan conductas saludables: a la vez que es necesario reconocerlos en enfermedades crónicas tales como cáncer, VIH/SIDA o males cardiovasculares, y estructurara programas de intervención que ofrezcan estrategias para un cambio conductual que promuevan la salud y estilos de vida saludable de la misma forma prevenir o retardar el progreso de una enfermedad.

HISTORIA DE LA PSICOLOGIA DE LA SALUD

La salud y la enfermedad han sido a lo largo de la historia motivo de preocupación para la humanidad. Las primeras sociedades como los Egipcios, Mesopotamia, etc. Creían que la enfermedad era el resultado de alguna fuerza demoníaca o sobre natural, acudiendo a exorcismos o rituales para curarlas.

No obstante encontramos a los griegos como uno de los primeros pueblos en comprender que la

enfermedad era causada por un fenómeno natural. La teoría Hipocrática sobre los humores del cuerpo planteaba que la enfermedad se producía al ocurrir un desequilibrio de los cuatro humores que circulan en el cuerpo (la bilis negra, la bilis amarilla, la flema y la sangre).

“Durante la Edad Media la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales. La violación de las leyes divinas desembocaba en enfermedad. En el Renacimiento las explicaciones naturales de la enfermedad” (Becoña y cols. 1997).

“En el estudio de las matemáticas, química y física, la invención del microscopio, los trabajos de Morgagni en autopsia, los de Virchow en patología y los de Pasteur en patologías, preparan el camino para los avances médicos, siendo los cimientos de la Medicina Moderna” (Becoña, 1997)

Los avances surgidos en el Siglo IX de la Inmunología, la Salud Pública, van a hacer que la Salud adquiera un gran avance. Sin embargo, por ese tiempo era todavía frecuente que el médico cumpliera también el rol de orientador de la familia en lo que a enfermedades se refiere reconociendo causas psicológicas y sociales que influenciaban en la aparición de la enfermedad. Era frecuente recoger un registro de los pacientes como el siguiente “Hoy visité a Juan el farmacéutico, presenta palpitaciones y disnea. El estaba angustiado porque temía una insuficiencia cardíaca. Yo le recordé que estos síntomas aparecieron después de la muerte de su hijo cardiópata” (González, R. 1984).

Se hace evidente que aunque el médico careciera de entrenamiento psicobiológico dispusiera de gran cantidad de datos biopsicosociales de sus enfermos estableciendo profundas relaciones con sus pacientes. Pero al pasar del tiempo la industrialización junto a la migración hacia las grandes ciudades, el incremento de la población y la centralización del trabajo médico en clínicas y hospitales fue dificultando la antigua relación médico paciente, determinando un alejamiento. Los pacientes empezaron a tratarse de acuerdo a su patología somática,

utilizándose cada vez menos los aspectos psicológicos y sociales.

En el siglo XX, desde los comienzos de la década del setenta, la Psicología Aplicada vino experimentando un cambio significativo en cuantos su amplitud y objeto de estudio. La relación entre la Psicología y la medicina van más allá que la Salud Mental.

“Los factores Psicosociales fueron reconocidos de manera creciente como determinantes en el mantenimiento de la Salud y desarrollo de enfermedades. Esa relación de carácter multidisciplinario fue evolucionando bajo los nombre de Psicología de la Salud y Medicina Conductual” (Moscoso, 1994).

Los elevados índices de mortalidad a causa de enfermedades cardiovasculares como el cáncer, el VIH, etc., permiten una reflexión acerca de la Psicología de la Salud y la Medicina Conductual. “Los Psicólogos se han interesado en cuestiones de salud desde los primeros años de nuestro siglo” (Rodin y Stone 1987).

No obstante el interés profesional e investigadores en esa área creció poco hasta la década del sesenta, pero es en esta década en la que se empieza a planear la necesidad de intervenir en los servicios de Salud. (Matarazzo, 1980, Stone, 1979), sin embargo “un número de disciplinas de la Psicología (Clínica, Social, Experimental, Fisiología, etc) con un interés común en cuestiones relacionadas con la Salud se reunió en 1978 para formar la división de la Psicología de la Salud y The American Psychological Association (APA), naciendo así formal, institucionalmente y profesionalmente la Psicología de la Salud (Becoña y Cols. 1997).

Desde su aparición formal hasta la actualidad el crecimiento de la Psicología de la Salud ha sido asombroso. Hay varios hitos en este campo que van a marcar el futuro de la disciplina recién creada. En 1979 sale a la luz el primer libro sobre esta temática titulado *Health Psychology*. En 1982 se publica la primera revista dedicada a este tema *Health Psychology*. “En 1983 se lleva a cabo una

conferencia nacional sobre la educación y el entrenamiento de los Psicólogos de la Salud” (Stone, 1983)

Como afirma Matarazo y Miller en 1983, han sido diversos los factores de orden científico y relativos al cuidado de la salud los que han contribuido al nacimiento de la Psicología de la Salud.

- * En primer lugar tenemos que por el cambio de la concepción de los términos de salud y tener buena salud. Salud conceptualizado como el buen estado de bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de enfermedad.
- * En segundo lugar el paralelo al cambio de esta definición ha sido el cuestionamiento del Modelo Biomédico, modelo dominante en medicina “Téngase presente que en dicho modelo basado en el reduccionismo y el dualismo mente cuerpo, se ha asentado la Medicina Moderna” (Engel, 1977, citado por Becoña en 1997)
- * En tercer lugar el cambio de los patrones de enfermedad antes del siglo XX. La mayoría de enfermedades mortales eran de tipo agudo e infeccioso (neumonía, gripe, TBC, difteria, etc.). El uso de fármacos efectivos como los antibióticos y las vacunas así como la contribución de la tecnología médica contribuyó a erradicar el número de víctimas inherentes a estas enfermedades y aumentar el número de enfermedades crónicas.
- * En cuarto lugar las cuestiones de índole económica jugaron un papel determinante en la consideración de los factores psicológicos y conductuales de la Salud.
- * Y en quinto lugar “la Madurez de la Tecnología Conductual ha contribuido a la Emergencia de la Psicología de la Salud en ese momento histórico” (Agnas, 1982 citado por Becoña)

LA PSICOLOGIA DE LA SALUD EN EL PERU

Las ciencias médicas peruanas reconocen y desde muy temprano la vigencia de ideas materialistas y positivistas. En 1878 Celso Bambarén defiende francamente la filosofía de Comte y busca fundar el saber científico-natural en el método inductivo, reduciendo toda formulación teórica a los contenidos de la observación. Hay quienes inclusive van más allá del simple experimentalismo, sosteniendo explícitamente los puntos de vista del materialismo filosófico, como es el caso de Manuel Muñiz en su ensayo animismo, vitalismo, materialismo.

Introducido en el Perú hacia 1860, el positivismo alcanza su máxima vigencia doctrinaria entre 1885 y 1915. Este positivismo, cubre al mismo tiempo que la filosofía positiva en sentido estricto, todas las formas del naturalismo, comprendido el materialismo y, doctrinas de transición hacia el espiritualismo del tipo de las de Fouillée, Guyau y Hoffding. En muchos de nuestros positivistas es sensible la influencia kantiana; en otros, de la escolástica, la mayoría termina en planteamientos espiritualistas.

El primer hito importante para la historia de la psicología de la salud en el Perú, lo constituye la obra de Honorio Delgado y Mariano Iberico, *Psicología* (1933), que constituye una clara expresión del reconocimiento de los aportes de Bergson. En esta obra los autores exponen el enfoque espiritualista en psicología y critican las corrientes opuestas. Delgado, aparece como el psicólogo más importante entre 1920 y 1930, por no decir, el único. Dirige una publicación, que fundara con H. Valdizán, la revista de *Psiquiatría y Disciplinas conexas* (1918-1924), da a conocer la prueba de Rorschach y, en especial, los aportes de los teóricos alemanes a la psicología, como por ejemplo, en *La personalidad y el carácter* (1943), obra en la que presenta a Krestschmer, Spranger, Pfahler y Jaensch. Delgado introduce en nuestro país el psicoanálisis y de 1915 a 1927 se muestra como un decidido partidario de Freud. En 1930 en *Psicología del mito*, apunta ya su reacción antianalítica y en 1938 en *Psicología General y Psicopatología de las Tendencias Instintivas*, puede leerse, según Seguí,

lo más característico de sus reacciones catatímicas anti-freudianas. A partir de 1939, decididamente anti-Freud.

Honorio Delgado aparece partidario de Freud en cuanto este incurre en compromiso con el abstraccionismo y el espiritualismo que impregnan la psicología clásica. En un segundo momento, acendrando su formación psicológica se abre a las influencias de nuevas corrientes y doctrinas: Krestchmer, Stern, Schilder, Husserl, entre otros. Su adhesión al psicoanálisis no ha variado en principio, pero hay un gradual alejamiento de los puntos de vista exclusivamente freudianos y una mayor aceptación de las doctrinas disidentes, en especial, de las de Adler y Jung. En la vía de esta evolución, soportado aún por principios científicos positivos, el pensamiento filosófico de Delgado será reclamado por la problemática ética y existencial. Para responder a este reclamo, tiene que habilitar a la psicología como maestra de vida y otorgarle la dirección de la cultura humana. Se trata, en este aspecto, y a decir de Delgado, de que el hombre de nuestro tiempo tenga una organización mental completamente desarrollada en todos los aspectos del interés y del desinterés humanos, al mismo tiempo que armoniosamente jerarquizada gracias a la hegemonía espontánea de los valores elevados; que en correspondencia con esta organización mental lleve una vida que haga realidad y ejercite con vigor todos los ideales y todas las necesidades que hacen del hombre un ser noble. Al estudio de la naturaleza humana vital y móvil, con toda la riqueza que en ella descubre la nueva psicología. Una psicología espiritual y una biología vitalista configuran una concepción teleologista de los fenómenos de la vida en todos sus niveles

La escuela peruana de medicina, emprende desde 1925, el estudio sistemático del "hombre de los andes", bajo la conducción de Carlos Monge advirtió pronto los antecedentes históricos de la "agresión climática" que sucede cuando el individuo o el conjunto de individuos se traslada de una zona a otra de distinta altitud y los cambios fisiológicos en sus funciones vitales indispensables para el reajuste y la asimilación de un nuevo equilibrio que haga

posible la adaptación. Hermilio Valdizán tomó conocimiento de estos hechos y, aunque sin sistematizarlos, de modo tácito los consideró en sus descripciones sobre la alienación mental en el antiguo Perú y en las enfermedades mentales observadas contemporáneamente en el aborigen. Gutiérrez-Noriega encontró mayor frecuencia de estados de angustia en los enfermos que provenían de grandes alturas. Monge señaló las alteraciones psíquicas encontradas en el "Mal de montañas crónico" (la "Enfermedad de Monge"), con diversos cambios de conducta, y acento en las esferas tímica y cognoscitiva, producidos por la anoxemia.

Valdizán refería también lo que llamará "tolerancia social", esto es, la existencia de una actitud pasiva y hasta conformista por parte del entorno social hacía las reacciones psicopatológicas del paciente y el mantenimiento del mismo en el medio familiar hasta un nivel crítico de "peligrosidad" diferentemente establecido pero que generalmente se relaciona al riesgo de la estabilidad del núcleo familiar o la amenaza del equilibrio social, lo que llevaría recién a la consideración de la necesidad de aislamiento o la internación. Además, lo que es muy importante en nuestro medio, la "conciencia sanitaria" en nuestra masa mestiza a predominio indígena, o sea, la respuesta espontánea al hecho de enfermar que trasunta la tradición oral alimentada en sus orígenes en las concepciones y las prácticas médicas del Antiguo Perú, con los agregados empíricos registrados como eficaces de la influencia española. Concepción que, al decir de J. Mariátegui (1981), se sustenta básicamente en los mitos médicos indígenas con su inmenso poder mágico-telúrgico o mágico-teurgico.

En 1938 Delgado y O. Trelles fundan la *Revista de Neuro-Psiquiatría*, en la que se publican algunos importantes trabajos psicológicos como los de Chiappo, Luza y Solari Swayne.

M. Hall, psicóloga norteamericana, al dar cuenta de una visita realizada a América del Sur, relata que en el Perú (su visita data entre 1944 y 1945) trabaja en el Instituto de Biología Andina (que funcionaba en el Hospital Loayza) dirigido por C.

Monge, en el Laboratorio de Psicología el psicólogo alemán Hans Hahn, realizó numerosas investigaciones sobre los efectos psicológicos de la altura en sujetos estudiados a nivel del mar y subsecuentemente a alturas de 15 mil pies o más, y también estudios psicológicos de poblaciones que viven permanentemente en esas alturas. En 1950 Hahn emigra a los Estados Unidos.

Invitado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, llega a Lima, en 1934, W. Blumenfeld, donde de inmediato se propone poner en funcionamiento el Instituto de Psicología y Psicotecnia de la Universidad. En el Instituto el trabajo comenzó muy pronto. Sus tareas consistían en el desarrollo y ejecución del proceso de selección de postulantes a la Universidad de San Marcos, la enseñanza de los cursos de psicología en la Facultad de Letras, y la realización de proyectos de investigación.

W. Blumenfeld postula una orientación científico-natural, y trabajará en la Facultad de Letras de la UNMSM, que seguía dominada por el enfoque espiritualista, sustentado en el intuicionismo de Bergson, en la fenomenología y otras expresiones del idealismo alemán. Blumenfeld y Delgado son las figuras de mayor relieve de la 'etapa pionera' de la psicología peruana (Alarcón, 1998).

Blumenfeld, entre otras obras, publicará *Introducción a la Psicología Experimental* (1946) y *Psicología del Aprendizaje* (1957), las primeras en su género en América del Sur.

El trabajo de Blumenfeld en San Marcos, se realizó en condiciones precarias, la incomprensión a su actividad se impuso, su cátedra de Psicología Experimental pasó a la Facultad de Ciencias y en 1939, El Instituto que dirigiera fue clausurado. En 1941, lo encontramos comprometido en otro proyecto, el Instituto Psicopedagógico Nacional.

En el Perú, la psicología experimental es introducida por W. Blumenfeld, gestalista de inspiración neokantiana. Nos trae el experimento, el control de variables, la cuantificación. Pero el experimentalismo no logra desarrollarse, se impone con Honorio

Delgado, una psicología de orientación comprensiva, instrospeccionista y espiritualista.

A comienzos de la década de 1940, otro conjunto de acontecimientos con C.A. Según Inicialmente Según se interesa en los aspectos biológicos de la enfermedad entendiéndola como una 'manifestación vital' no coronada por el éxito en su adaptación a las variaciones del ambiente externo e interno. En cuanto reconoce una actividad del ser vivo llámase ella espiritual, mental, psíquica o anímica que no puede igualarse totalmente a la llamada fisiológica incide en el dualismo, que para Según sería epistemológico, sin implicar una diferencia en el ser mismo. El individuo sería una 'unidad psicósomática', como también subrayará la permanencia de las hipótesis que vinculan síntoma y vida emocional. Interesado como está por probar la importancia de los factores psicológicos y sociales en la determinación y evolución de las enfermedades, en la perspectiva de una concepción médica integral, se preguntará, si acaso ¿no es importante, tanto como la enfermedad misma, la vivencia de enfermedad en relación con la biografía, la sociología y la cultura del paciente?. Lo que nos plantea dos aspectos fundamentales: (1) en lugar de preguntar por qué enferma un organismo, esclarecer por qué aparece una determinada enfermedad en lugar de otra y, (2) la importancia de un amplio contexto de fenómenos multideterminados que decidirán la salud o la enfermedad.

Según Según, la tendencia psicósomática en medicina tiene dos raíces fundamentales: De un lado, las escuelas fisiológicas que, partiendo de los descubrimientos de Pavlov sobre la acción de estímulos psíquicos en las funciones orgánicas y, pasando a través de los trabajos de Cannon, han llegado hasta la actualidad encarnadas en una serie de investigaciones que, desde el punto de vista de la fisiología, y con los métodos objetivos de esta ciencia, han ido estableciendo conclusiones definitivas respecto a la mutua influencia en la unidad psicósomática y su importancia en la comprensión teórica de la medicina y en la aplicación práctica de sus descubrimientos. Al lado de esta corriente, que podríamos llamar fisiológica, se encuentra -dice

Según- la influencia poderosísima del psicoanálisis. Aquí también, las primeras intuiciones se encuentran en Freud. La mayor importancia doctrinaria de la tendencia psicósomática en medicina, que en esto también debe a Freud tanto, está en que representa la fuerte corriente unicista que impregna la ideología de nuestro momento histórico. Y esta tendencia unicista ha hecho precisamente, que el aislamiento del psicoanálisis se rompiera y que su actividad pudiera ser incorporada a la medicina general.

Laín Entralgo- desde una perspectiva más bien existencial- resume en dos las principales orientaciones de la medicina psicósomática:

1. El comprensivo: Se trata de desentrañar el 'sentido' de la enfermedad, tanto en sus génesis como en lo que se refiere a la configuración psicósomática y biográfica, todo ello dentro de la existencia humana que padece. La enfermedad adquiere así sentido de existencia y supone la libre elección de un sentido de vida auténtico.
2. El conductista: Se trata de determinar la relación entre la conducta biográfica del enfermo y la índole de su enfermedad.

Según se acerca a explicaciones que refieren que la conversión del conflicto en síntoma se expresa somatotrópicamente y se localiza 'allí donde reside en el ser fisura existencial'. En realidad, Según, tal como le ocurre a Medar Boss, sigue la ortodoxia freudiana, pero utilizando el léxico de los existencialistas, en la perspectiva comprensiva de la medicina psicósomática.

Corresponde a C.A. Según, delimitar el 'Síndrome Psicósomático de Desadaptación' (1951). Según caracterizó este síndrome, esbozando sumariamente su etiología y factores desencadenantes, su sintomatología: manifestaciones circulatorias, digestivas, respiratorias, depresión y angustia; formas clínicas, evolución, diagnóstico y tratamiento. Sergio Zapata (1960), completa el cuadro nosográfico con los indispensables parámetros

socioculturales, utilizando una hermenéutica de orientación analítica.

En la obra de Humberto Rotondo, de reducido número en el campo clínico, encontramos un acentuado interés por explorar todas las posibilidades del hombre enfermo. A propósito de la obra de Hermilio Valdizán- formado en Italia bajo la dirección de Sante De Sanctis- comenta sobre la eficacia de una relación psicoterapéutica existencial 'entre un yo y un tú; que no es otra cosa sino ofrecimiento de una relación inmediata y recíproca'.

En el proceso psicoterapéutico, según Rotondo, el ser a quien se encuentra se preocupa de uno, así como uno de él, y espera tanto de uno como de él, y en la comunicación que se establece se quiebra la soledad y se disipa la angustia. En cuanto el neurótico, 'no acepta la condición humana, niega su esencia limitada y rehuye la vida misma como vivir en forma autónoma y como ser diferenciado' (Rotondo, 1950), el objetivo del tratamiento será incrementar el poder integrativo del yo, a lo que contribuirá de manera eficaz la aceptación que de sí mismo haga el neurótico. El terapeuta para mejor contribuir al proceso 'ha de ser él mismo'; es decir, una persona totalmente interesada en el bien de su prójimo y que acepte al paciente como un ser autónomo, reconociéndole su ser diferente a los demás y su capacidad de iniciativa y de expresión personal. Como diría Rogers (1966), asistir al individuo a fin de que se desarrolle y así pueda encarar el problema actual y los que sigan; esto es, lograr la suficiente integración a fin de manejar sus problemas de manera más independiente, más razonable y menos confusa. Esta posición, como el mismo Rogers señala, encuentra sus raíces en la terapia de Rank, en las definiciones operacionales de la psicología norteamericana, en la psicología de la gestalt y está orientada a determinar las constantes, las secuencias conductuales que describen el modo en que opera la naturaleza humana.

En el Perú, el tratamiento científico de la condición del hombre andino, empieza por la etnología y la etnohistoria. Es en base a esta preocupación que surge la antropología social en el Perú, al decir de Aramburú (1978), como un intento de señalar y

estudiar los elementos culturales e instituciones autóctonas que superviven en los sectores tradicionales de la sociedad peruana. Esta problemática es abordada bajo la influencia de las escuelas predominantes en los círculos académicos norteamericanos, en ese entonces, sobre todo bajo el particularismo histórico de Franz Boas y, en menor medida, la del difusionismo alemán. El peligro metodológico de este planteamiento es el reduccionismo, por el cual se pretende explicar aspectos de la estructura social en base a rasgos psicológicos comunes a los miembros de una cultura; estilo de explicación que alcanza su mayor apogeo en la Escuela de 'Cultura y personalidad' de Benedit y Mead; que es el enfoque que utilizará Rotondo en sus estudios de psiquiatría social.

Una de las características más saltante de la sociedad peruana, entre 1948 y 1956, es la masiva migración hacia las ciudades.

El desarrollo de las actividades urbano-industriales, a pesar del incipiente dinamismo que estaba adquiriendo, no fue suficiente para absorber el creciente flujo migratorio, sobre todo si se tiene en cuenta que las principales inversiones industriales fueron más intensivas en capital constante que en capital variable. Por lo tanto, se generó también en los centros urbanos una creciente sobrepoblación relativa, que tuvo una fuerte incidencia sobre la proliferación de las actividades artesanales y de pequeño comercio y la proliferación de trabajadores subproletarios.

La nueva masa popular urbana en formación empezó a presionar para tener acceso a los terrenos, a la vivienda, a los servicios urbanos, a la educación y al trabajo. Esta nueva presión urbana ejercida por una serie de sectores fue canalizada por distintas organizaciones controladas por partidos políticos, por la iglesia y sobre todo por el Estado, que buscaron a través de ellas, una base de apoyo popular.

El aspecto más espectacular de esta presión urbana fue la multiplicación de las invasiones de terrenos y la formación de las barriadas (hoy denominadas asentamientos humanos).

H. Rotondo, realiza diversos estudios en estas barriadas. En una zona urbana, tipo slum Mendocita, encuentra 102 casos psiquiátricos, lo que representaba el 46.2% de la población muestra. De estos, 53 eran de sexo femenino y 49 del masculino (46.6 y 39.5% de las poblaciones genéricas). Una elevada prevalencia de psicosis (3.27%) y de psiconeurosis (15%). Los serranos presentan una patología diferencial interesante: son los que tienen una mayor prevalencia de alcoholismo (57% del total de 21 casos presentados) y de reacciones psicofisiológicas.

En "Un estudio de salud mental de la colectividad rural de Pachacamac", zona caracterizada por su relativa estabilidad y homogeneidad, encuentra una prevalencia de alcoholismo de 7.3% (inferior a la de Mendocita: 8.8%), y menores índices de desesperanza, depresión, y agresividad que los encontrados en Mendocita.

Rotondo y colaboradores se interesan por el estudio de las condiciones de salud física y emocional que dota a la vida de recursos o medios de energía, esperanza y entusiasmo para el logro de los objetivos del individuo y los grupos, la vida de relación y las áreas de tensión, en grupos humanos depauperados biológicamente, propensos a la fatiga y vulnerables al sobreesfuerzo ó estrés emocional. Encuentra desmoralización, una pobre participación social en grupos formales-aunque destaca una extendida asociación con miembros de la familia amplia- e intensas preocupaciones y temores relacionados con expectativas de seguridad.

Estudia aspectos de la vida de familia de poblaciones de mestizos, en relación a su "personalidad básica" y a sus dilemas y conflictos actuales en el medio urbano. Según Rotondo (1963), el conocimiento de la "personalidad básica"(Kardiner y Linton) o modal (Dubois y Honigman) nos permite comprender mejor y predecir con más acierto las reacciones o el comportamiento de los individuos en su medio cultural o en los nuevos a los que llegan. De otro lado, conociendo sus determinantes podríamos, en la medida de lo posible, proveer cambios favorables si se introducen modificaciones constructivas; por ejemplo, favoreciendo la estabi-

lidad de las uniones matrimoniales habrá más experiencias de seguridad para los hijos y el mayor contacto del padre con los hijos favorecerá su influencia formativa sin los inconvenientes del "mamismo" de una familia matricéntrica (Rotondo, 1963). Se trata de precisar aquellos sistemas proyectivos o sistemas de actitudes y valores que son básicos en la configuración de la personalidad individual y que se refleja en las diferentes formas del comportamiento del mestizo: Junto a la dependencia también el fatalismo y el sentido del destino; mucho énfasis en las posiciones como algo que podría darles valor e incrementar el sentimiento de valor de sí mismo. En ellos, la envidia, tan relacionada a sentimientos de inferioridad, se dirige preferentemente a los bienes ajenos y no tanto a los rasgos o cualidades personales de la persona envidiada. La parentela es de la mayor importancia para los fines de la seguridad emocional y material. En ellos, la personalidad en sus aspectos modales, es de un tipo dependiente orientada hacia la búsqueda de apoyos exteriores; la familia, el compadrazgo, los paisanos.

Los mestizos estudiados, particularmente, los serranos, expresan con suma facilidad las emociones penosas -tristeza, pena, nostalgia, lástima de sí- no ocultan sus desgracias, verbalizando fácilmente sus pérdidas y fracasos que lloran y lamentan abiertamente. El mundo del mestizo es uno preñado de amenazas personales. Los niveles de ansiedad y de agresividad, bastante extendidos serían condición para la emergencia de una extendida creencia en el "daño" y en el "mal de ojo". El recelo, que en esencia es temer, desconfiar y sospechar de las malas intenciones de alguien no es una actitud aislada. Correspondería a lo que Erickson llama "desconfianza básica", adquirida en la infancia, precisamente en la etapa oral, y confirmada, posteriormente, por las experiencias de la vida.

Hay evidentes tensiones entre los sexos, con desvalorización y desconfianza mutuas y subestima de la mujer.

Frente a la emergencia de estos rasgos, tanto los factores individuales como los "básicos", que están íntimamente ligados a la cultura de origen, a

las transacciones interpersonales y a los valores reguladores incorporados, o emergidos, en las etapas iniciales del proceso de socialización, puede ser una condición de adaptación o simplemente tener una función de ajuste y aún de desequilibrio, dadas ciertas circunstancias en los procesos de migración y urbanización. En las diversas situaciones interpersonales que condicionan evidentes conflictos con las expectativas de ascenso social -características dominante del grupo cultural mestizo- se ve surgir mecanismos defensivos del tipo de la identificación con el agresor, la burla, la tendencia a destacar valores propios y los fracasos. El hecho de constituir estos mecanismos elementos de simple ajuste y no de adaptación explicaría la permanencia de actitudes y situaciones desfavorables que dificultan el logro de sus aspiraciones.

Entre los diversos factores que parecen haber intervenido en la estructuración de la personalidad básica del mestizo, cuyas características corresponderían, según Rotondo, al "síndrome de pesimismo oral", se señala la figura materna inconsistente y fuertemente ambivalente; la figura paterna, generalmente distante o ausente y la atmósfera del hogar, tempranamente desintegrado, cargada de tensiones e inseguridad, todo lo cual conduce a experiencias tempranas de abandono y desencanto (Rotondo y colaboradores, 1963).

En 1954, se funda la Sociedad Peruana de Psicología, que se propuso desarrollar la psicología y lo hizo mediante simposios, conferencias y la publicación de la Revista de Psicología (1959-1961). Según Alarcón (1998), de los 17 artículos publicados, en dicha Revista, predominan los artículos de índole teórica, con 15 contribuciones (88.2%), y sólo dos de contribución empírica (11.8%), uno corresponde a S. Luza, que estudia la integración psifisiológica, mediante la prueba de Wartegg y, el otro, a Rotondo y colaboradores, que trata de la personalidad básica de un grupo de individuos de baja condición social.

De otro lado, la preocupación laboral que emerge y que exige un tratamiento inmediato. Según Sulmont (1979), un primer problema es el que se refiere a la integración del trabajador a su em-

presa, de su adaptación a las nuevas relaciones de trabajo, de su capacitación. También la propia modernización del empresariado.

Se insiste, por una parte, en la "racionalización" de las relaciones laborales y sistemas de autoridad en las empresas; en la integración grupal y la armonización de las "relaciones humanas", así como, en la necesidad de la integración política de los trabajadores en un sistema institucionalizado. La Sociología Industrial o de la Empresa, con una marcada tendencia empirista y funcionalista, insistirá en la modernización de las relaciones empresariales y en la teoría de los obstáculos al desarrollo.

Según Caravedo (1963), en los comienzos de la aplicación de la psicología al campo de trabajo, se pensó que sólo bastaban los tests de inteligencia primero y, luego los tests de capacidad. Esta teoría, muy interesante y útil -según Caravedo- no es todo el problema del trabajo. Hay además del estudio de las capacidades individuales, la estructura total de la personalidad y, en especial, el círculo de las tendencias afectivas. De ahí que, la industria de hoy - fines de la década de los 50- se está dando cuenta de que a pesar de las buenas condiciones físicas óptimas de una fábrica y de la salud física del trabajador, hay factores psicológicos emocionales que intervienen en un buen rendimiento (Valdivia, 1963)

En este sentido, Caravedo, Valdivia y colaboradores, se proponen estudiar las dificultades en la industria en relación a las "dificultades emocionales en su personal", errores del empleado fantaseador y con tendencia a retraerse, accidentes de trabajo, el de ser un buen jefe, dirigente o subalterno, "que es un problema de personalidad", el de las huelgas, etc.

En "Un estudio de salud mental en una muestra de población industrial" (Revista Psiquiátrica Peruana, Vol. 3, N° 1-2, 1960) Caravedo y Valdivia se proponen conocer la arquitectura psicológica y el grado de salud física y mental de un grupo de líderes obreros y de gerentes. Encuentran que, "el porcentaje de anormalidad, en el área psicológica, de los líderes sindicales alcanza 74.1% y en los geren-

tes el 54.5%". En los líderes obreros, "un alto porcentaje son personas recelosas que no se sienten tranquilos aún entre sus amigos, son impulsivos, se irritan con facilidad, tiene que dominarse constantemente para no descontrolarse, las pequeñas molestias les causan fastidio y nerviosidad y les da mucha cólera si no consiguen lo que quieren" (Caravedo y Valdivia, 1963). Ahora bien, si el líder "es emocionalmente enfermo vale la pena meditar en el grupo que lo elige como líder". Caravedo y Valdivia, citan a Brown (1958): "un grupo enfermo inevitablemente escoge un líder enfermo el grupo industrial enfermo de agresión concederá poder a un agitador, que tampoco será capaz de resolver sus problemas. Como el líder refleja las actitudes del grupo, sólo el grupo saludable está en condiciones de seleccionar el líder más adecuado en una situación dada".

De otro lado, "el gerente tiene tendencia a ser (un) individuo frío, calculador y con poco calor social" (Caravedo y Valdivia, 1963). El gerente también es irritable, nervioso y colérico.

Respecto a actitud y relaciones interpersonales, muchas respuestas de los directivos denotan que no tienen preparación psicológica para apreciar las situaciones interpersonales y los conflictos que muchas veces estas situaciones crean: los líderes sindicales tienen el convencimiento que en los directivos no existe ningún interés humano por sus obreros, más allá que el de su capacidad o productividad. De ahí que, "en la opinión general de los líderes 42% de las respuestas atribuyen las huelgas al mero "capricho" de los patrones" (Caravedo y Valdivia, 1963).

Por lo que, concluyen estos autores, dos son las funciones primordiales de lo que denominan "psiquiatría industrial": una que concierne al tratamiento individual o de grupo de los disturbios emocionales cuando éstos van en desmedro de la capacidad de producción. La otra función primordial, de esta psiquiatría, es la prevención de los disturbios emocionales individuales o de grupo, seleccionando adecuadamente al personal, para determinado tipo de trabajo, propiciando una mejor actitud de parte

de las esferas directrices y tratando de disminuir las tensiones en las relaciones humanas.

En 1963, asistimos -después de "tenaz campaña" (Psicología Revista del Centro de Estudiantes de Psicología de la Facultad de Letras de la UNMSM) de la delegación estudiantil, el Centro Federado, y el apoyo de los docentes, Dres Saco, Guerra y otros- al establecimiento de un Departamento de Psicología en la Facultad de Letras de la Universidad de San Marcos y poco después en la Universidad Católica. En San Marcos la formación estuvo a cargo de filósofos, psiquiatras y algunos educadores discípulos de Blumenfel (como Alarcón, por ejemplo). Pero el enfoque predominante era el clínico, impulsado por F. Alarco y L. Guerra, y el trabajo con pruebas psicológicas. Precisamente, Guerra es reconocido como uno de los pioneros-junto con Sal y Rosas- en la utilización de pruebas en el Perú y, hay que destacar también, el aporte de Luis Estrada en el campo de las pruebas de personalidad, especialmente, en relación con el Rorschach.

En la Universidad Católica, la creación y el desarrollo del primer programa para formación de psicólogos estuvo a cargo de psiquiatras como Caravedo y Cano.

Entre 1965 - 1970, egresan las primeras promociones de psicólogos profesionales, fundamentalmente clínicos, con énfasis en la evaluación y enfoques fenomenológicos y psicodinámicos, en un ámbito determinado por los trastornos mentales.

En 1970, en el Tercer Congreso Peruano de Psiquiatría "Honorio Delgado", Johannes Brengelmann dicta una serie de conferencias acerca de la terapia del comportamiento y se funda, de otro lado, la Escuela Peruana de Psicoanálisis, en cuyo establecimiento desempeña un rol importante el psiquiatra Saúl Peña.

Se inicia en nuestro medio, la tradición conductual, el positivismo de Skinner, con un fuerte énfasis en el condicionamiento operante, en la conducta y en las variables ambientales.

Posteriormente, se asume el surgimiento de los diversos modelos y métodos terapéuticos que incorporaron al antes controvertido concepto de cognición, y sucesivamente, la aplicación heurística a los procesos mediacionales; las aproximaciones, próximas a las teorías del procesamiento de información, como las teorías de habilidades de enfrentamiento, las terapias de resolución de problemas y la reestructuración cognitiva y las terapias de aprendizaje cognitivo, como la terapia racional emotiva de Ellis y la terapia cognitiva de Beck.

Los enfoques que han tenido un menor desarrollo son el sistémico y humanista experiencial. Siguiendo a Kalamsky, encontramos representantes de éste último enfoque del "lado blando", seguidores de Rogers- que predominan- y, también del "lado duro" los seguidores de Perls; aunque, podríamos decir, que los psicólogos clínicos, han intentado más que ser "humanistas", ser simplemente mejores profesionales y personas. La Universidad de San Martín de Porres, realizó su Primer Seminario Internacional precisamente sobre el enfoque existencial-humanista, y sus aplicaciones al campo clínico y educativo en 1994.

Es decir, se va configurando el escenario para la psicología clínica, ya no únicamente centrada en la evaluación sino también interesada en el tratamiento de los problemas "mentales", utilizando como instrumentos metodológicos los sustentados en el análisis de la conducta, el psicoanálisis, las técnicas cognitivas y otras, cambiando también el ámbito de trabajo, hacia otras enfermedades, y no únicamente las llamadas "enfermedades mentales", y la prevención: INPPARES y CEDRO, en sus ámbitos específicos, sexualidad responsable y abuso de drogas.

En 1980, por Decreto Ley N° 23019, se crea el Colegio de Psicólogos del Perú, que en sus distintos eventos científicos, contribuirá en forma significativa en la definición del área y su posterior reconocimiento con la creación por Resolución N° 029-96-CDN del Capítulo Profesional de Psicología de la Salud.

La Psicología Clínica con base en el análisis experimental del comportamiento, que se iniciará en nuestro medio en la década del 70, multiplica sus áreas de influencias, una de ellas es la Medicina Conductual, que algunos clínicos conductuales llamarán Psicología de la Salud. En esta línea, entre otros aportes destacamos, los de Mori (1980) que investigó los efectos de retroalimentación biológica y relajación sistemática en sujetos con hipertensión esencial, demostrando la efectividad de una combinación de ambos procedimientos: Egúsqiza (1981), el manejo de las conductas emocionales de ansiedad, temores, pensamientos obsesivos y depresivos en sujetos con insuficiencia renal crónica, logrando buenos resultados, Salazar (1981), tratará exitosamente un caso de disfunción sexual de tipo eyaculación precoz al aplicar procedimientos conductuales sistemáticos; Tito Cuentas e Irma Cuba (1981) lograron control significativo del peso en un caso de obesidad; Anicama (1981, 1988) aplicó sistemáticamente procedimientos de autocontrol y criterio de metas como factor motivacional para el control de una conducta severa y crónica de adicción al cigarrillo.

En 1981, la recién constituida Asociación de Psicólogos de Salud -impulsada por los psicólogos del Instituto Nacional de Rehabilitación y del Hospital Larco Herrera, en la que tenemos que destacar a E. Rojas, R. Arciniega, R. Bustamante, G. Luna y a H. Lamas que la presidiera entre 1980 y 1983 - y que había conseguido la incorporación de los psicólogos de salud a la Ley de los Profesionales de la Salud, organiza el Primer Seminario Psicología y Salud, que entre otras conclusiones, propone que, los psicólogos deben intervenir en todos los aspectos de las acciones de salud en sus distintos niveles y un enfoque biopsicosocial.

En 1983, en el II Seminario Psicología y Salud, se cuestiona radicalmente la ideología profesional- que expresa particulares intereses de grupo, en un ambiente en el que la figura del médico es dominante y se muestra marcadamente susceptible a la intervención del psicólogo clínico (lo que califican de "intrusismo" agudamente criticado, entre nosotros, por J. Romero) a lo que el psiquiatra con-

sidera su patrimonio: el diagnóstico nosográfico y la psicoterapia- por una ideología de servicios, en la perspectiva de conseguir un óptimo nivel de salud para toda la población y la necesidad de un labor interdisciplinaria y de prevención.

En 1986, organizado por la Asociación y el Colegio de Psicólogos (CDN), se realiza el III Seminario Psicología y Salud, en el cual se plantea el perfil del psicólogo de salud, orientado a "operar los aspectos psicológicos de la enfermedad y los procedimientos de rehabilitación" y a la prevención y promoción de la salud (La Problemática Psicológica en el Perú, 1986).

El Colegio de Psicólogos (CDR-Lima), dirigido por H. Lamas, desarrolló también en 1984 el Seminario Psicología y Rehabilitación y el Forum Salud Mental y Sociedad, en el que se plantea explícitamente la necesidad de un programa nacional de salud mental.

Al respecto, según J. Mariátegui (1988), antes de definir al ámbito del concepto de Salud Mental en nuestro país debe señalarse:

1. Que no ha existido entre nosotros un "Programa" de Salud Mental.
2. Que los recursos actualmente existentes en el campo especializado, dependientes directamente del Sector Salud, no han sido evaluados ni siquiera para conocer la amplitud de la población asistida, la competencia del trabajo profesional, la validez de los instrumentos utilizados, la confiabilidad del diagnóstico, la adecuación de la terapéutica, etc.
3. Que es indispensable la investigación de la realidad nacional en el área de la Salud Mental.
4. Toda actividad de desarrollo de la Salud Mental tiene que expresar una orientación social y comunitaria (aunque, Mariátegui refiere aquí a lo que denomina "psiquiatría social")

Así definida las cosas, propone una línea pragmática, un concepto "positivo" de salud mental que

comprende la promoción de la salud mental o el estímulo de la eupsiquia.

En el campo propio de la Salud Mental el concepto aspira a:

- la prevención primaria
- en este esfuerzo de delimitación conceptual debe tenerse en cuenta la realidad sociocultural y económica de nuestro país, su diversidad geográfica, sus "niveles ecológicos", etc.
- debe incluir la llamada "prevención secundaria", que es el reconocimiento precoz del enfermar psiquiátrico y las acciones destinadas a disminuir o atenuar su impacto.
- la asistencia de la Salud Mental en nuestro país debe tener en cuenta tanto los recursos convencionales cuanto y principalmente los no convencionales en procura del acceso a la atención primaria, la gradación de los niveles de atención y el seguimiento de los pacientes de recuperación en el mediano y largo plazo.
- en el nivel de "prevención terciaria", el señalamiento debe hacerse en el modelo intercomunitario de atención, esto es la movilización comunitaria, la recuperación laboral (mediante "talleres protegidos" y su complemento, la protección del paciente con sistomatología residual "en el taller").
- eje centrado en lo social, la interdisciplinaria

El Colegio de Psicólogos, específicamente el CDR-Lima en la gestión 1983-84 de H. Lamas, propone a iniciativa del Ps. Julio Carozzo Campos, una propuesta de trabajo de intervención comunitaria y de prevención en salud mental, firmándose el Convenio con la Municipalidad de Surquillo, a fines de 1983. El CDN, presidido por V. Amorós, acoge la idea e impulsa una ampliación hacia otros municipios de sectores populares, encargándole su gestión al médico y psicólogo Julio Celada, que obviamente no compartía los criterios teóricos y metodológicos, de Carozzo. De lo que resulta que, el Programa del Colegio de Psicólogos, que empieza a operar en 1984, se orienta hacia un enfoque clínico y asistencial, con el establecimiento de los llamados: Consultorios Psicológicos Comunitarios.

Cuando H. Lamas asume la gestión del Consejo Directivo Nacional del Colegio de Psicólogos en 1985, impulsa la realización de la Ira. Jornada de los Consultorios Psicológicos Municipales, y en la II Jornada realizada en 1986, se cuestiona el tipo de trabajo realizado, clínico y asistencial, proponiéndose cambios en la denominación de los Consultorios por Servicios Psicológicos Comunitarios, y en las perspectivas teóricas y metodológicas de intervención, inicialmente de Salud Mental Comunitaria, pero con la pretensión de configurar la propuesta de una Psicología Social Comunitaria, a partir de nuestra realidad.

H. Lamas en 1990, elabora una propuesta de Plan Nacional de Rehabilitación, que es presentada en "Psicología y rehabilitación en el Perú", que merece una distinción de la Fundación Instituto Hipólito Unanue y, participa en la Comisión "Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la O.M.S." a propuesta del Consejo Nacional para la Integración del Impedido (CONAI), elaborada a partir del modelo de consecuencias de la enfermedad.

En conclusión, la historia de la psicología de la salud en el Perú, muestra lo siguiente:

- 1- Un marcado énfasis en las aplicaciones clínicas, impulsándose la intervención a partir de modelos teóricos fenomenológicos, psicodinámicos, conductuales y cognitivos. La mayor contribución, enmarcada en servicios de salud mental, se ha dado a nivel asistencial.
2. La orientación predominante, en relación al sistema sociopolítico del país, ha sido más individual que comunitaria.
3. El trabajo psicológico, influído por aportaciones previas de las más representativas figuras en el campo, ha estado enmarcado por la psiquiatría fenomenológica de Delgado, la psicósomática de Seguí, y la psiquiatría social de Rotondo
4. En una primera etapa la psicología y con ella la psicología de la salud, se muestra atada al ca-

rro filosófico; en un segundo período a la psicodinámica y posteriormente, al modelo conductual y la psicología cognitiva.

5. Las posibilidades de la psicología de la salud, han emergido del trabajo práctico en el Sistema de Salud; en las universidades ha predominado su entendimiento como una "especialidad de letras", excepto en la Universidad Cayetano Heredia, es precisamente a partir de la práctica que se ha enfatizado, la salud integral, la prevención, la participación comunitaria, y el ir más allá de los problemas de salud mental.
6. Las Universidades de San Marcos, Villarreal y UNIFE, han modificado sus programas de estudios de Maestría, y la mención hoy denominada Psicología Clínica y de la Salud.
7. La Universidad de San Martín de Porres ha creado la segunda especialidad en Psicología de la Salud.

Se ha fundado también la Sociedad Peruana de Psicología de la Salud, que actualmente preside Eliana Delgado Coz y, finalmente, la Universidad de San Martín de Porres ha organizado un Seminario Internacional (9,10 y 11 de junio de 1999), con la participación de especialistas de Cuba, Chile, OPS y de la propia Universidad, que permitirá a los psicólogos, sin duda, poder hipotetizar cuál puede ser el futuro de esta disciplina en el Perú.

SALUD Y ENFERMEDAD

Es muy difícil hablar de salud o enfermedad, sobre todo si tratamos de entrelazar variables psicológicas al respecto sin sesgar los datos que nos muestra la realidad, existen algunos criterios que nos pueden orientar en relación a lo que es Salud y Enfermedad. Entre los Criterios más conocidos vamos a citar los presentados por Vallejo en 1995.

- * Normalidad como salud supone la ausencia de síntomas
- * Normalidad como Promedio. Se rige por el exceso o defecto su función a la curva de Gauss, se establece una media de la población, los que se encuentran dentro del "promedio" son normales, los que no son anormales.

- * Normalidad Utópica: Supone llegar a ser lo que se "debería ser"
 - * Normalidad Subjetiva: Implica la valoración del propio individuo respecto a su estado de salud descontentándose de la opinión de los otros.
 - * Normalidad como proceso: Considera la conducta normal como el resultado final de la interacción de mecanismos y fuerzas psicológicas y sociológicas que actúan sobre el sujeto durante su existencia.
 - * Criterio Forense: Valora la función del aumento o disminución de la imputabilidad del acto y su responsabilidad.
- Siguiendo la premisa que nos presenta Según que toda enfermedad es Psico-somática, es decir, que tiene un componente Psicológico (el sufrimiento, la experiencia humana) y somático (las repercusiones del mismo a nivel biológico), es muy difícil definir lo que es salud y enfermedad tratando de llegar a una aproximación diremos que:

"Parámetros tales como autonomía funcional, percepción correcta de la realidad, adaptación eficaz y respuestas competentes a las demandas del entorno, relaciones interpersonales adecuadas, percepción de autoeficacia, buen autoconcepto, estrategias adecuadas para afrontar el estrés, constituyen parámetros en los que debemos fijarnos cuando de los que se trata es de diagnosticar o calificar el grado de salud mental de una persona" (Belloch, 1995)

INTERVENCION PSICOLOGICA ESTRES Y SALUD; PERSPECTIVA DE LA MEDICINA COMPORTAMENTAL

El concepto de estrés tiene una larga historia desde las ideas hipocráticas de armonía entre la persona y su medio ambiente. El término estrés data desde el siglo XVII; pero es en este siglo que tomó un significado más técnico con el trabajo de Cannon (1935), Bernad(1937) y Selye (1936). Selye describió un patrón de ajuste en animales localizándolo en una variedad de conductas aversivas, el llama a este patrón síndrome de adaptación general (sag) dividiéndolo en tres estados: la reacción de alarma inicial es seguida por un período de resistencia ha-

cia el estímulo aversivo, si el estímulo no es retirado el estrés continua y finalmente desaparece.

En los últimos años el concepto de estrés ha descrito cada vez más la relación entre: medio ambiente-conducta y enfermedad-. En términos sencillos la noción del estrés propone que el cuerpo reacciona ante aquellos hechos que percibe como amenazantes en el medio ambiente de una manera mas o menos estereotipada y que luego pueden acarrear consecuencia negativas para la salud física del sujeto. A la reacción o respuesta se le denomina estrés, mientras que a los eventos que la producen estresores.

La teoría del estrés ha contribuido enormemente a revalorar la noción multicausal de enfermedad, además de la relación íntima que establece entre respuestas psicológicas y eventos medio ambientales.

La teoría del estrés se basa en tres supuestos(Buceta 1995):

1. Los estresores son fuerzas externas que pueden causar dos tipos de respuestas: Biológicas (cambios a nivel de funcionamiento orgánico) y psicológicas (cambios apreciables en el carácter del sujeto).
2. La respuesta en si misma es biológica y psicológica (sensaciones subjetivas de tensión, conductas de huida o escape frente a situaciones estresantes).
3. La teoría del estrés plantea que la tradicional distinción entre mente cuerpo o biológicas o psicológicas es totalmente arbitraria ya que la respuesta al estrés es de hecho una respuesta al organismo en su totalidad que puede ser descrita en un lenguaje bio-psicológico y estudiado bajo técnicas de observación por las dos disciplinas, pero que conforman una unidad imbatible.

Podemos decir entonces que "El estrés esta definido como una respuesta general del organismo (psico-físico) ante las demandas internas y externas que en un principio resultan amenazantes constituyendo en una movilización de recursos fisiológicos y psicológicos para afrontar demandas" (Bueno, 1994)

IMPACTO DEL ESTRÉS EN LA SALUD

El estrés es una respuesta adaptativa que puede resultar beneficiosa para mantener e incrementar la salud, por ejemplo, la preocupación por estar engordando puede propiciar que se inicie un régimen alimenticio adecuado junto a ejercicios físicos, mejorando de esta forma la salud de la persona busca soluciones a sus problemas llegando a prevenir incluso consecuencias negativas que afectarían la salud del sujeto. Hablamos en estos casos de un estrés positivo.

Por otro lado el exceso cualitativo y cuantitativo de estrés, consecuencia, por un lado de la exposición a múltiples o muy impactantes situaciones y por otro a la falta de recursos adecuados (actitudes) para hacerle frente o resultado del agotamiento de un organismo que con bastante frecuencia debe estar sobre funcionado para mejorar las situaciones que deben afectarle, puede perjudicar seriamente la salud constituyendo de hecho uno de los principales factores de riesgo de padecimiento de los trastornos de nuestro tiempo. (Labrador, Cruzado, 1987; Sandín, 1995)

Así, las tres principales causas de muerte hoy en día en la mayoría de las sociedades avanzadas son:

Enfermedades del corazón, cáncer y accidentes cerebro vasculares (ACV) National Center for Health Statistics, (1992) y el estrés es uno de los factores de riesgo de esos tres tipos de alteraciones, contribuyendo además a favorecer otros factores de riesgo relevantes como la hipertensión, tabaquismo, obesidad y otras alteraciones de la salud como el asma, dolor crónico, alteraciones gástricas, insomnio, alcoholismo etc. El estrés excesivo por tanto contribuye a deteriorar el bienestar la calidad de vida, el rendimiento psicofísico social de la persona que lo padece.

Resulta entendible el por que de la importancia de controlar el estrés para incrementar la salud del ser humano como un todo (biopsicosocial) previniendo su exacerbación eliminándolo o aliviándolo cuando se encuentre presente y previendo nuevas apariciones perjudiciales cuando haya sido neutralizado.

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL CONTROL DEL ESTRÉS

En líneas generales las nuevas áreas de aplicación de las estrategias psicológicas tienen como principales objetivos:

1. El aumento de la salud y el bienestar de las personas.
2. Prevención, modificación o alivio de enfermedades vinculadas a aspectos que pueden ser controlados.
3. En los casos de trastornos crónicos, la consecución del mejor funcionamiento y el máximo bienestar posible tanto en las personas que padecen enfermedad como de las personas que interactúan con ellos (familiares, compañeros, amigos, etc.)

Entre los factores que han podido contribuir al ensanchamiento del campo de acción de la psicología en la salud pueden destacarse los siguientes:

1. La observación de que en la sociedad contemporánea los trastornos que afectan gravemente la salud, se relacionan con un estilo de vida poco saludable tanto por sus demandas personales y sociales como por sus déficits o excesos comportamentales. En general estas alteraciones de la salud (trastornos respiratorios, cardiovasculares y gastro intestinales), de amplio alcance han sido denominados como: alteraciones Biopsicosociales (Schwartz, 1982) o trastornos psicofisiológicos (Labrador 1992) y por último enfermedades psicósomas (Sandín 1995)
2. La preocupación social cada vez mayor no solo por la curación de las enfermedades si no por su prevención antes de desarrollarse o en sus fases más tempranas, el creciente interés por el aumento de la calidad de vida de las personas a través de la promoción de la salud y el bienestar de los que padecen enfermedades crónicas.
3. La habilidad del psicólogo dentro de su contexto asistencial respecto a la aplicación de

técnicas de modificación de conducta y otras que contribuyen al aprendizaje o eliminación de comportamientos habituales específicos, a la alteración de condiciones ambientales o a la forma habitual de percibir las y afrontarlas.

- Considerando una eficaz intervención comportamental para el tratamiento del estrés se desarrollaría a través de la secuencia siguiente:

1. Eliminar o aliviar las situaciones potencialmente estresantes:
2. Control de manifestaciones de estrés a través de técnicas de relajación y terapia cognitiva de Beck (Buceta 1995)
3. Modificación de variables personales relevantes (patrones de conductas, estilo de afrontamiento, creencias) (Beck 19984, Buceta 1988 y Wells 1992)
4. Reducción del estrés dentro de los programas de tratamiento para los trastornos asociados ya establecidos.

RELACION ENTRE LA PSICOLOGIA CLINICA Y PSICOLOGIA DE SALUD

La Psicología Clínica ha evolucionado y se ha transformado de manera importante en los últimos años; los nuevos enfoques desarrollados tanto desde el punto de vista de disciplina científica como desde la perspectiva del ejercicio profesional, suponen un gran avance para la comprensión de la conducta normal y patológica. Una nueva manera de entender la salud ha hecho que los Psicólogos Clínicos extiendan su intervención hacia nuevos campos tales como el tratamiento de las enfermedades físicas promoviendo una nueva visión integral del "enfermar" donde los factores biológicos interactúan con los psicológicos y socioambientales (Buendía, 1997).

Al mismo tiempo, la intervención psicológica actual no se reduce a ser exclusivamente clínica en el sentido tradicional sino que contempla unos objetivos más amplios abarcando también la preven-

ción y promoción de la salud. Aquí el individuo está contemplado no como un ser aislado, sino como inmerso en el contexto social por lo que se refuerza el punto de vista de que los factores medio ambientales desempeñan, un papel fundamental en la génesis de los diferentes trastornos. (Décima Jornada sobre Psicología Clínica y Salud, Nov. 1997)

Psicología Clínica

Existe muchas definiciones sobre lo que es la Psicología Clínica: "La Especialidad de Psicología Clínica se puede definir como una rama que investiga y aplica los principios de la Psicología a una situación única y exclusiva del paciente para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar en forma eficaz y con mayor sentido" (Goldenberg, 1973)

"La Psicología Clínica se interesa por entender y mejorar la conducta humana ... su aspecto clínico consiste en estudiar la situación de las personas que se encuentran en problemas usando para ello conocimientos y técnicas, investigando para lograr una mayor eficiencia en el futuro" (Korchín, 1975)

La Psicología Clínica tiene un aspecto particular que la diferencia de otras ramas que ha sido llamado actitud clínica o criterio clínico que es la orientación exclusiva que tiene el Psicólogo Clínico de cambiar los conocimientos generados por la investigación clínica y de otro tipo con los esfuerzos que hace al tratar a una persona en particular a fin de su mejoría y adaptación al medio" (Bernstein, 1992). Podríamos seguir tratando definiciones pero trataremos de definir de manera sencilla y concreta lo que es la Psicología Clínica: la Psicología Clínica es la rama de la Psicología Aplicada que se basa en principios de la Psicología General con el objetivo de estudiar y tratar a personas que sufren un menoscabo en su Salud Mental que estas puedan desarrollar sus potencialidades y lograr un mejor desenvolvimiento en su entorno Bio-psico-social.

Las funciones principales del Psicólogo Clínico (Bernstein, 1987) son las siguientes:

I. Evaluación:

El proceso de Diagnóstico y Evaluación en Psicología Clínica consta de cuatro ítems importantes:

- * Planeamiento de la Evaluación: El cómo y el qué, se evaluará
- * Recopilación de la información a través de las técnicas como: Observación, entrevista, historia clínica, Pruebas psicológicas, etc.
- * Procesamiento de Información; Consiste en agrupar la información e integrarla para conocer cuál es el problema.
- * Comunicación de Resultados: A través del Informe Psicológico a quien corresponda.

II. Tratamiento: A través de las Técnicas psicoterapéuticas

III Investigación: Para incrementar los conocimientos o modificar los ya existentes sobre los distintos aspectos de la Psicología Clínica.

IV Enseñanza: Psicólogos Clínicos que comparten sus conocimientos a través de la docencia en universidades y otros centros.

V Consultoría: Función de aconsejar a asociaciones u organizaciones por ejemplo en el departamento de selección de personal o en una compañía.

VI Administración: Es la supervisión del funcionamiento diario de una institución.

En la Décima Jornada Internacional sobre Psicología Clínica y Salud, se propusieron los postulados siguientes:

- * La Psicología Clínica es la Psicología de la Terapia, de la reparación del paso de la enfermedad a la Salud.
- * La Psicología de la Salud vigila la Salud de la Población, los diversos comportamientos saludables y de riesgo y trata de prevenir el daño o enfermedad en personas sanas y promueve comportamientos saludables (a las personas sanas o enfermas) a corto y largo plazo.

La actuación sobre personas sanas, sobre personas enfermas exige técnicas o métodos alternativos en Psicología Clínica o de la Salud aunque en ambos casos sean aproximaciones psicológicas del ser biopsicosocial, como unidad total. (Santacruz, J.& Rubio, V, 1997)

LA PREVENCIÓN EN EL MARCO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Uno de los aspectos principales de la Psicología de la Salud es el estudio del comportamiento precursor de la salud y en su rama aplicada la intervención preventiva. El término prevención es de origen latino y hace referencia a la acción y efecto de prevenir. Relaciona dos conceptos previos. De una parte hace referencia a la preparación o a la acción anticipada, y de otra tiene como objetivo el evitar males o daños inminentes. Está relacionado también con términos como prever (saber con anticipación lo que va a pasar) advertir (para que otro conozca lo que va a ocurrir) y precaver (tomar medidas para evitar o remediar algo)

- * La primera acepción hace referencia a avisar. Así hablamos de un sujeto "Prevenido, como de una persona avisada, que conoce con antelación la causa de los acontecimientos"
- * La segunda acepción tiene que ver con actuar, llevar a cabo una serie de acciones que impidan el daño del que estamos informados, que puede ocurrir a menos que actuemos. Así en los casos de catástrofes, (terremotos, tormentas, incendios, etc.) o conocer con antelación permite prepararse en cierto modo para el evento. Conocer la evolución epidemiológica de una enfermedad vírica permite ciertas posibilidades de actuación

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

"El estudio de la calidad de vida en los países desarrollados ha tomado un auge a partir de la segunda mitad de los años sesenta y, en concreto desde una perspectiva psicológica; el estudio de esta

temática se ha materializado en multitud de trabajos que intenta medir la calidad de vida de los ciudadanos ... a partir de lo que se conoce como indicadores sociales” (Cuervo, 1993)

La preocupación por el desarrollo de programas que estimulen cambios conductuales o nuevos estilos de vida no solo atañen a los países desarrollados como lo manifiesta Moscoso en 1998. “El desarrollo e implementación de la Psicología de la Salud en Latinoamérica no es una opción sino mas bien una necesidad prioritaria” (Moscoso, M. 1998)

Para poder estudiar el grado de salud en un Ecosistema: debemos buscar lo saludable, ambiente y grupos sociales en lo referido al ecosistema y las características biológicas, habilidades básicas, estilos interactivos, competencias, marco cultural histórico de aprendizaje personal-- o el comportamiento actual del individuo en su intento por adaptarse al ecosistema.

Para ello tendría que tenerse en cuenta las condiciones de las ciudades donde se desenvuelva el sujeto, así como también su grupo familiar, social.

MEDICION DE LA CALIDAD DE VIDA

“Uno de los problemas fundamentales que motivó al surgimiento de los primeros estudios sobre esta temática era que los tradicionales informes emitidos por los gobiernos sobre la calidad de vida no eran indicativos... pues únicamente se basaba en criterios económicos y cuantitativos” no obstante “era necesario incorporar elementos subjetivos, psicológicos sobre como las personas percibían y valoraban sus propias condiciones de trabajo, la salud, la vivienda o en general” (Cuervo, 1993).

Siendo ciertamente difícil de medir los sentimientos, las percepciones, las actitudes y tomando además el problema de la subjetividad versus la objetividad se llega a considerar” Como una forma de determinar el grado de bienestar percibido, han venido considerandose tradicionalmente los juicios de satisfacción y felicidad en que el individuo ex-

perimenta con su vida o con determinadas facetas de la misma.. Se trata de estudiar en definitiva la actitud del sujeto hacia su vida en general o hacia ciertos aspectos tales como salud, el trabajo, la vivienda, el ocio, etc.”(Cuervo, 1993)

Aspectos Psicológicos de las Enfermedades Crónicas campo aplicativo de la Psicología de la Salud

La Psicología de la Salud es una sub-especialidad dentro de la Psicología orientada a la promoción de la Salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, la identificación de factores de riesgo y el mejoramiento de programas sanitarios.

Una de las mayores contribuciones al desarrollo de esta sub-especialidad proviene de la Medicina Conductual, campo interdisciplinario que integra los principios psicológicos y médicos al tratamiento de problemas tales como: dolor crónico, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, trastorno de la alimentación, adicciones, alcohol, drogas, nicotina y una serie de enfermedades en los que el cambio conductual es el aspecto clave de la rehabilitación y calidad de vida de los individuos (Calmodi & Matarazzo, 1991).

Consecuencia Psicológicas de una Enfermedad Física

La crisis ocasionada por una enfermedad física constituye un estresor potente e inusual que puede extenderse por un largo período de tiempo y conducir a cambios permanentes en la vida de los paciente o de su grupo familiar. La potencia de la crisis radica en su aparición repentina e inesperada y en la amenaza que representa para la vida del individuo. Las disrupciones causadas por la enfermedad generan un fuerte impacto en los patrones estables de identidad personal y social. (Moss, 1982)

Algunas Areas de Aplicación de la Psicología de la Salud

En el caso de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) que reciben tratamiento dialítico, son frecuentes los sentimientos de depre-

sión, ansiedad, rabia, hostilidad, etc. Además de cambios en la imagen corporal, ansiedades de muerte. El paciente con IRCT debe elaborar la pérdida de la salud en general de sus roles habituales, proyectos, expectativas y vínculos afectivos lo cual puede ser vivido como pequeñas muertes que requieren un permanente trabajo de elaboración (Sanz 1991). En el curso de la enfermedad los pacientes frecuentemente pueden alcanzar un estado de equilibrio transitorio que se ve alterado por nuevas circunstancias. Cada una de esta etapas implica tareas adaptativas.

La Psicología de la salud puede aplicarse también en:

1. Enfermedades cardiovasculares
 - Dolor Pericardial Simple
 - Dolor Anginoso
 - Transtorno del Ritmo Cardíaco
 - La Disnea
 - El Edema
2. Riesgo de Infarto Cardíaco
 - Tensión Emocional en el Desarrollo de la Arteroesclerosis Coronaria
 - Tensión Aguda en el desencadenamiento del Infarto
3. Hipertensión Arterial
4. Enfermedades del Aparato Respiratorio
 - Dolor Torácico
 - Disnea
 - Tos (de TBC)
 - Hemoptisis
 - Disnea Psicógena
 - Tos Psicógena
 - Dolor Psicógeno
 - Hiperventilación Ansiosa
5. Asma Bronquial
6. Tuberculosis Pulmonar
7. Enfermedades Digestivas:
 - Pirosis
 - Dolor Abdominal
- Vómitos o Náuseas
- Hematemesis
- Constipación
8. Úlcera Péptica
9. Colitis Ulcerativas
10. Enfermedades del Sistema Nervioso
 - Migraña
 - Accidentes Cerebrales Encefálicos
11. Enfermedades Psiquiátricas
12. Tratamientos Médicos en los que se exige riesgo quirúrgico
13. Endocrinopatías
 - Diabetes Mellitus
 - Hipertiroidismo
 - Hipotiroidismo
 - Trastornos Menstruales
 - Esterilidad y abortos habituales.

Como podemos ver la labor del psicólogo que se desempeña en un contexto asistencial de salud (sea del área clínica o de salud propiamente dicha) es de suma importancia ya que sus funciones son indispensables junto a un equipo de salud (médicos, enfermeros, asistentes sociales, etc.) En la evaluación y diagnóstico, la intervención, la prevención y la investigación de aspectos Psicosociales que influyen en las enfermedades físicas y mentales no olvidando las dimensiones bis-psico-sociales como unidad indivisible.

El Psicólogo, el Médico y los Enfermos Funcionales

La actuación profesional de un Psicólogo debe ser específica y diferente a la del Médico. Siendo la Psicología una ciencia reconocida, son los Psicólogos, los profesionales capacitados para el uso de técnicas de intervención, aplicadas con éxito en la resolución de casos como el alcoholismo, la anorexia, el autismo, las depresiones, la drogadicción, la enuresis, la encopresis, etc. Brengelman en 1977, con respecto a las técnicas terapéuticas refiere: "las técnicas más importantes que se utilizan han sido diseñadas por Psicólogos"

Ibañez y Belloch (1979) en su intervención en el Congreso de Psiquiatría en Granada, destaca "La aportación psicológica al campo terapéutico no se da únicamente en el campo de la modificación de conducta, sino en la terapia no directiva, la Gestalt Therapy y otras creadas por Psicólogos".

Entre el área de la Salud y el área de la enfermedad se encuentran los trastornos de tal manera que la persona que sufra una alteración conductual de cualquier tipo podrá ser tratado exitosamente por un profesional no médico con medios no médicos, pero para ello el trabajo en equipo del médico y el psicólogo es el que por la parte médica "coincide con los denominados trastornos psicosomáticos y por la Psicología con aquellos casos en los que razonamos de urgencia o imposibilidad de actuar, a nivel ambiental, aconsejan la intervención farmacológica" (Bayes, 1979)

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alarcón R. (1968). Panorama de la psicología en el Perú. Lima: Universidad Mayor de San Marcos
- Alarcón R. (1998). Publicaciones psicológicas peruanas entre 1930 y 1960. Revista Peruana de Psicología 3(5), 11-24
- Ardila, R. (1998). El Problema Mente Cuerpo: Implicaciones de la Psicología de la Salud. Revista de Psicología Contemporánea Vol. V, N° 2.
- Ballester, R. (1997). Introducción a la Psicología de la salud. Valencia: Promolibro.
- Becoña, E. (1997). Antecedentes y desarrollo, Rev. de Psicología Vol. 1-2.
- Belloch, Amparo & otros (1995). Manual de Psicopatología. Vol. I. Barcelona: Editorial MacGraw-Hill.
- Belloch, Amparo & otros (1995). Manual de Psicopatología. Vol. II. Barcelona: Editorial MacGraw-Hill.
- Buceta, J. (1987). Psicología clínica y salud. Aplicación de estrategias de intervención: Madrid: UNED
- Caravedo, B. Rotondo, H. & Mariátegui, I (1963). Estudios de Psiquiatría Social en el Perú. Lima: Ediciones del Sol.
- Carozzo, J. (1998). Acerca de la salud mental Revista Peruana de Psicología. Colegio de Psicólogos del Perú, CDN, Año 3, Vol 3, N° 6 209-218
- Colegio de Psicólogos del Perú (CDN) (1986) La problemática psicológica en el Perú. Serie Informes Especiales N° 1
- Cuervo Arango, M. (1993). La Calidad de Vida. Juicios de Satisfacción y felicidad como indicadores actitudinales de Bienestar. Rev. De Psicología Vol. VIII.
- Dorival Sihuas, M. (1995). La Problemática de la Salud Mental en Revista de Psicología. De la UNMS (1995) S/N.
- Fernández Ballesteros, R. (1994). Evaluación conductual hoy. Madrid: Pirámide.
- Fuentenebro F. & Vasquez, C. (1990). Psicología Médica. Psicopatología y Psiquiatría. Vol. I Barcelona: Mc Graw Grill.
- Gil, F & León, M. (1992). Habilidades sociales y salud. Madrid: Eudema.
- León Rubio, M. & otros (1990). Psicología de la salud. Aportaciones desde la Psicología Social. Madrid: Alfa.
- León, R. (1993). Contribuciones a la historia de la psicología en el Perú. Trujillo: Ed. Libertad.
- León, R. (1996). Cincuenta años de Introducción a la Psicología Experimental. Revista Peruana de Psicología 1(3), 261-271

Mariátegui, J. (1981). Hermilio Valdizán. El proyecto de una psiquiatría peruana. Lima: Biblioteca de Psiquiatría Peruana.

Mariátegui, J. (1988). Salud mental y realidad nacional. Lima: Biblioteca de Psiquiatría Peruana.

Mariátegui, J. (1994) El Mercurio Peruano y la Medicina. Lima: UPCH.

Moscoso, M. (1996). Hacia un Análisis Cognitivo del Cambio Conductual: El Comportamiento Social Proactivo. Revista de Psicología de la PUCP. Vol. XIV Nro. 1.

Norton, S. (1982). Introduction to Medical psychology. Prentice Hall.

Opazo, R. (Ed.) (1992). Integración en Psicoterapia. Santiago: CECIDEP.

Querol Lambarri, M. (1993). Consideraciones sobre el estado actual de los aspectos programáticos, estatales de salud mental en el Perú. En: Actualidad Psicológica (1993) Lima.

Ráez, M. (1998). Estado actual del psicodiagnóstico de Rorschach y los métodos proyectivos en el Perú. Perspectivas futuras. Revista Peruana de Psicología 3(5), 49-72.

Registro 1 de 40 - PsycLIT Journal Articles 1991-12/97 TI: Aportes Teórico-Clínicos a la psicomatosis. (Theoretical-clinical contributions to the concept of psycho somatic illness).

Registro 2 de 40 - PsycLIT Journal Articles 1991-12/97 TI: Catecholamines, stress, and disease: A psychobiological perspective.

Registro 3 de 40 - PsycLIT Journal Articles 1991-12/97 TI: Two decades of alexithymia.

Registro 4 de 40 - PsycLIT Journal Articles 1991-12/97 TI: Psychosomatic illnesses are not "all in the mind"

Registro 5 de 40 - PsycLIT Journal Articles 1991-12/97 TI: Habla el cuerpo? (Does the body speak?)

Roa, A (1995). Evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: CEPPE.

Romero, J. (1995). A propósito del intrusismo. Revista de Psicología Veritas. Vol. 1 N° 1, 51-52

Romero, J. (1998). Reflexiones en torno al intrusismo. Revista Peruana de Psicología. Año 3, Vol. 3, N° 6, 183 - 200

Rubio, L. & Otros (1993). Habilidades Sociales y Salud. Madrid: Eudema.

Saudin, B. & Bermudez, J. (1989). Procesos emocionales y salud. Madrid: UNED.

Sanz, M. E. (1993). Roles del Psicólogo Clínico en un equipo interdisciplinario de salud. Rev. Psicología Clínica, vol. 1, 1993.

Silva, M. (1979). Conversaciones con Seguin. Lima: Mosca Azul.