

¿CUÁL ES EL APORTE DE LA PSICOLOGÍA DENTRO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN COSTA RICA?

WHAT IS THE CONTRIBUTION OF PSYCHOLOGY TO HEALTH CARE IN COSTA RICA?

Benjamín Reyes Fernández¹
benjarfe@yahoo.com
benjamin.reyesfernandez@ucr.ac.cr

Fecha de recepción: 10 marzo 2010 - Fecha de aceptación: 15 setiembre 2010

Resumen

La Psicología de la Salud está apenas empezando en el contexto costarricense. El presente artículo expone conceptos y teorías de la Psicología que pueden contribuir a la atención de la salud en Costa Rica de forma profesional y científica. Para ello, se revisan nociones como la de Psicología de la Salud, salud, niveles de prevención y de atención, así como una serie de teorías Psicológicas que contribuyen a explicar los procesos de salud y enfermedad. Finalmente, se reflexiona sobre de qué forma pueden aplicarse estos aportes en el contexto costarricense.

Palabras Clave: *Psicología de la Salud, niveles de atención de la salud, conductas en salud y enfermedad, adherencia al tratamiento, personalidad, estrés y manejo del dolor.*

Abstract

Health Psychology is just beginning in Costa Rican context. The present article reviews some theoretical aspects from Psychology that can contribute to the health care in a scientific and professional way. For doing this, concepts about health, Health Psychology, prevention and health care levels, and some specific psychological theories are reviewed. Finally, it is discussed the way in which these contributions could be applied for the health care in Costa Rica.

Key Words: *Health Psychology, health care levels, health and illness behavior, treatment adherence, personality, stress and pain management.*

Desde principios de los años 80, la Asociación Estadounidense de Psicología ha reconocido como definición de Psicología de la Salud la propuesta por Matarazzo en 1980, ligeramente modificada. Según esta, consiste en

el conjunto específico de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención, tratamiento e identificación de los correlatos diagnósticos y etiológicos de la salud, la enfermedad y las disfunciones

1. Maestría en Psicología Clínica y de la Salud, Sede Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica.

relacionadas, y para el análisis y mejoramiento de políticas públicas y sistemas de cuidado de la salud (Matarazzo, 1982, p. 22, 23, traducción libre por Benjamín Reyes).

Esta puede dividirse en los siguientes componentes: (1) la Psicología y sus distintas contribuciones, (2) el concepto de Salud y los de promoción de la Salud, prevención, diagnóstico y tratamiento, (3) la organización de políticas públicas y los sistemas de cuidado de la salud.

En Costa Rica, todavía no existe un “perfil de profesional en Psicología de la Salud” en las distintas instituciones que conforman el sector salud. Por ello, el presente artículo se propone revizar algunos aportes teóricos de la Psicología que se podrían “materializar” o “aplicar” en los distintos niveles de atención del sistema de salud en el país, y ayudar a formar ese perfil profesional.

¿De dónde provienen los aportes de la Psicología a la Salud?

La definición de Psicología de la Salud mencionada anteriormente señala que ésta consiste en el conjunto de contribuciones de dicho campo a la salud; estas pueden provenir de distintas subdisciplinas; es decir, la Psicología Educativa, la Psicología Social o la Psicología Clínica, entre otras, pueden generar aportes. Estos también pueden ser generados por investigadores o profesionales quienes trabajan propiamente en el ámbito de la salud. Sin embargo, independientemente de su procedencia, todas las contribuciones deben ser repensadas y puestas a prueba.

El conocimiento de la Psicología, como el de cualquier ciencia, no es conocimiento acabado. Por tanto, los distintos aportes producidos están siempre sujetos a revisión, como hacen Duberstein y Masling (2000), que reinterpretan el patrón de conducta tipo A desde el Psicoanálisis, o como hace Eysenck (1988), que reevalúa el caso de “Anna O” de Freud. Consecuentemente, los aportes de la Psicología a la salud deben ser revisados de forma constante y crítica, pues esta es una ciencia en evolución.

Si la concebimos como una ciencia compuesta por un conjunto de paradigmas (Khun,

2004/1962) o programas de investigación (Lakatos, 1978/1992), entonces suponemos que el desarrollo de los aportes de la Psicología a la atención de la salud sigue un proceso en el que los fundamentos teóricos o conceptuales y metodológicos guían la formulación de intervenciones que, a su vez, deben ser evaluadas. Estas evaluaciones guiarán, eventualmente, a cuestionamientos y cambios en las teorías o programas que las inspiraron y a la formulación de nuevas teorías. Es por ello que para reflexionar sobre los aportes de la Psicología a la atención de la salud se empiezan revisando aspectos conceptuales y teóricos. No obstante, se puede pretender que primero existen experiencias de intervención que luego se irán analizando para permitir que emerjan las teorías (Strauss y Corbin, 1998; MacCannn y Clark, 2003). En cualquier caso, deben haber productos teóricos comunicables de una generación a otra que eventualmente se puedan someter a prueba.

La inserción de la Psicología dentro del ámbito de la salud

Desde la constitución de la OMS (1946), las definiciones de salud siguen un modelo biopsicosocial. Como es conocido, ésta la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1). No obstante, a nivel teórico y metodológico, no se tiene claridad sobre cómo se integran o interactúan los aspectos biológicos, los psicológicos y los sociales entre sí.

Existe una serie de definiciones posteriores a la de 1946 de la OMS que posee ventajas sobre aquella. Así, por ejemplo, San Martín (1989, citado por Roales-Nieto, 2004) considera que la salud “...es un conjunto complejo y dinámico integrado por las condiciones biológicas, ecológicas, sociológicas, económicas, culturales y experienciales, que se expresa en diferentes grados a lo largo de un continuo” (p. 94).

La salud como continuo, expresable en grados, en vez de un estado absoluto, es una idea interesante, pues permite contemplar la posibilidad de que lo entendido como salud incluya cierto nivel de morbilidad. Este autor incluye también aspectos como los ecológicos, económicos y cul-

turales, no incluidos en la definición original de la OMS (1946).

Al concepto de salud de San Martín habría que agregarle dos aspectos. Primero, debe considerarse que es interpretada históricamente, de tal manera que lo que hoy consideramos como saludable, mañana, ante mayores estándares, puede ser considerado como enfermo. Por ejemplo, si actualmente consideramos “normal” la presencia de arrugas en personas de cierta edad, el mañana estas podrían ser consideradas como “anormales”. El segundo aspecto que habría que agregar sería la dimensión psicológica. Este autor habla de lo experiencial en la salud, pero lo psicológico no se agota en lo experiencial.

Aunque la concepción de salud de San Martín es muy enriquecedora, genera muchos retos. ¿Cómo se relacionan entre sí lo ecológico con lo económico, o lo experiencial con lo biológico? ¿Deben unificarse las disciplinas que estudian lo sociocultural con las que estudian lo psicológico y las que estudian lo biológico, para conformar una sola Ciencia de la Salud? Quizá la unificación de las disciplinas sea prematura e innecesaria, pero las definiciones de la OMS (1946) y de San Martín (1989) estimulan, por lo menos, el diálogo interdisciplinario.

Según lo expuesto hasta este punto, puede afirmarse que la Psicología de la Salud recoge los aportes de distintas subdisciplinas y teorías psicológicas hacia la salud. A su vez, el área de la salud es multidimensional (biológica, social, cultural, ambiental, económica, psicológica), por lo que los aportes deben entrar a dialogar con los aportes de otras disciplinas.

Ahora bien, los aportes de la Psicología a la salud se concretan o aplican en sistemas de salud y políticas públicas que suponen una serie de conceptos y una forma básica de organización. Dentro de ellos están los términos de Promoción de la Salud y los niveles de prevención y de atención de la salud

Los niveles de prevención son descritos por Last (1998) de la siguiente manera. La prevención primaria consiste en las acciones o medidas que se toman para evitar una enfermedad o lesión. La prevención secundaria, por su parte, incluye las acciones tomadas para identificar y tratar tempranamente una enfermedad o lesión

con el propósito de parar o revertir el problema. En el nivel terciario de prevención, se encontrarían aquellas acciones que procuran contener o retardar el daño de una condición ya adquirida, prevenir la discapacidad o rehabilitar al paciente.

En contraposición, la Promoción de la Salud consiste en aquellas acciones realizadas para incrementar los niveles de salud de personas saludables. En este sentido, una cosa sería prevenir y tratar la enfermedad, y otra potenciar la salud (para un mayor detalle, revisar Roales-Nieto, 2004). No obstante, el término de Promoción de la Salud también puede entenderse, según la Carta de Ottawa de la OMS (1986), como los esfuerzos para proporcionar a los pueblos de los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre esta. Dicha Carta menciona cinco áreas estratégicas: (1) la construcción de políticas públicas saludables, (2) la creación de entornos favorables a la salud, (3) el fortalecimiento de la acción comunitaria, (4) el desarrollo de aptitudes personales y (5) la reorientación de servicios de salud (Restrepo y Málaga, 2002). Tomando en cuenta que la salud-enfermedad es un continuo, concebir la Promoción de la Salud como algo substancialmente distinto de la prevención de la enfermedad es difícil de sostener. Necesariamente, cuando se potencia la salud se está evitando o combatiendo la enfermedad, y cuando se lucha por mejores condiciones sociales para prevenir o incluso atender la enfermedad, se está promoviendo la salud.

Aparte de los niveles de prevención, los sistemas de cuidado de la salud suelen organizarse en tres niveles de atención. Según Starfield (2001), la clasificación de la atención de la salud en tres niveles es hecha por primera vez por Lord Dawson of Penn, quien en 1920 describe el sistema de salud de Reino Unido. De acuerdo con Ayala, Carvajal, Cercone y Arce (1999), en Costa Rica, cada uno de los niveles atención se entiende de la siguiente manera:

- Nivel primario: corresponde a los servicios básicos de salud para acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad. Principalmente, se encargan de este nivel los CEN-CINAI, los EBAIS, las Unidades Móviles Médicas y ciertos tipos de clínicas.

- Nivel secundario: apoya al nivel primario mediante la prestación de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación con grado variable de complejidad y especialidad. Corresponde a este nivel principalmente los hospitales generales (regionales y periféricos).
- Nivel Terciario: está conformado por los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación de mayor especialización y complejidad. Los hospitales nacionales y los hospitales especializados son los que se encargan de brindar estos servicios.

Finalmente, como lo señala Vargas (2006), la Atención Primaria de la Salud (APS) es un concepto distinto al de primer nivel de atención. Más que un nivel de atención o un conjunto de actividades, la APS es una filosofía que impregna la atención de la salud y una estrategia organizativa. Siguiendo a la Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), la APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, que es puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país pueden soportar. Implica un espíritu de autodeterminación y autorresponsabilidad. Está integrada al sistema de salud, y es su núcleo. Busca el desarrollo social y económico de la comunidad, y es el primer contacto de individuos, familias y comunidad con el sistema de salud, llevando la salud a las personas.

La propuesta de este artículo es que los distintos aportes teóricos de la Psicología pueden traducirse en actividades y estrategias de intervención concretas para promover la salud, o prevenir, identificar y atender la enfermedad dentro de cada uno de los tres niveles de atención. Los aportes teóricos que se revisarán constituyen una pequeña muestra de posibles contribuciones desde la Psicología a la salud.

Aportes teóricos de la Psicología al ámbito de la Salud

Los aportes que la Psicología como ciencia puede realizar al ámbito de la salud son abundantes. Dentro de estos se encuentran algunos modelos que pretenden explicar porqué las

personas realizan conductas de salud o conductas preventivas de la enfermedad. Los modelos más difundidos actualmente son fundamentalmente cognoscitivistas, aunque tengan influencias de corrientes teóricas como la conductista o la *Gestalt*. Cada modelo cuenta con cierto grado de soporte empírico y su aplicación en el ámbito de la salud depende de la organización y la voluntad política dentro de cada entidad dentro del ámbito de la salud.

Por su potencial aporte innovador a la Salud Pública, a continuación se dará énfasis a la exposición sobre los modelos explicativos de las conductas de salud y enfermedad. Posteriormente, se hará una breve revisión de otros aportes de la Psicología a las Ciencias de la Salud, como son el concepto y las teorías sobre la adherencia al tratamiento, la relación entre personalidad y enfermedad, el estrés y la psiconeuroinmunología, y el manejo del dolor.

Modelos explicativos de las conductas de salud y enfermedad.

Modelo de Creencias en Salud (MCS). Cómo lo indican Cabrera, Tascón y Lucumí (2001), el MCS se construyó a partir del aporte de múltiples autores, quienes se inspiraron en propuestas teóricas referidas a la motivación y percepción del individuo. Los principales fueron Hochbaum, Kegeles, Leventhal y Rosenstock (Grynwald, 2004). Según Rosenstock (1966/2005), el MCS distingue dos tipos de variables que determinarían la conducta de salud: (1) el estado psicológico de preparación para realizar una acción específica y, (2) la amplitud con la que se crea que un curso de acción en específico es beneficioso, como un todo, para reducir la amenaza.

Con respecto al estado de preparación, hay dos dimensiones que lo definirían: a) el grado en el que un individuo se siente susceptible de contraer una condición de salud en particular (susceptibilidad percibida) y b) la amplitud con la que este individuo siente que contraer esa condición tendría serias consecuencias para él (severidad percibida).

Tanto la percepción de susceptibilidad como la percepción de severidad proveen fuerza

que guía hacia la acción. No obstante, la dirección de la acción es influida por creencias sobre la efectividad de las alternativas conocidas disponibles. Una acción tenderá a ser vista como beneficiosa si se relaciona subjetivamente con la reducción de la susceptibilidad de uno o la seriedad de una enfermedad.

Ahora bien, además de creer que un curso de acción es efectivo, un individuo puede creer que este tiene barreras, como que la acción sea costosa, displacentera, dolorosa o inconveniente. Esto puede ser conflictivo pues el individuo está simultáneamente motivado para llevar a cabo la conducta y para evitarla. También puede suceder que existan alternativas disponibles que se considere tienen la misma eficacia, ante lo cual hay evidencia de que el individuo podría intentar alejarse de la amenaza mediante actividades que no la reducen realmente, o bien puede suceder que se incremente el temor y la ansiedad (Rosenstock, 1966/2005).

Una variable que completa el modelo es la de los disparadores de la acción. Aunque el nivel de preparación (susceptibilidad y severidad) provee fuerza para actuar y la percepción de beneficios (menos las barreras) provee un curso de acción preferido, la combinación de estos podría alcanzar un nivel de intensidad insuficiente para generar una acción externa. Pueden necesitarse eventos disparadores para echar a andar el proceso. Estos pueden ser internos o externos (Rosenstock, 1966/2005).

Una serie de señalamientos pueden hacerse a este modelo. Rodríguez (1995) menciona que la mayor parte de estudios sobre la eficacia explicativa del modelo son retrospectivos, lo que no permite distinguir si la creencia existía antes o si se generó después de la conducta estudiada. También menciona que el modelo exige tomar en cuenta muchos factores y la relación entre estos para poder predecir la conducta.

Desde los primeros años del MCS, Rosenstock (1966/2005) había expresado inquietudes sobre cómo encajaría éste dentro del proceso de toma de decisiones, considerando que estas usualmente involucran una serie de etapas. Además, le preocupaba la definición operacional de las variables, que no siempre son entendidas y medidas de la misma forma. También menciona

inquietudes sobre cómo cuantificar los niveles de preparación para la acción, sobre qué niveles de estabilidad y confiabilidad tienen las creencias, sobre cómo se generan y modifican las creencias, y sobre la necesidad de diseños experimentales de investigación.

El MCS retoma los conceptos de Kasl y Cobb (1965, citado por Rosenstock, 1966/2005) de conducta de salud y de conducta de enfermedad. La conducta de salud sería cualquier actividad realizada por una persona que cree que esta sana, con el propósito de prevenir la enfermedad o detectar la enfermedad en una etapa asintomática; en tanto que la conducta de enfermedad sería cualquier actividad realizada por una persona la cual se siente enfermo, con el propósito de definir su estado de salud y de descubrir el remedio conveniente. Ambas definiciones utilizan la enfermedad como concepto clave, lo que revela que el MCS, pese a su nombre, es más un modelo para la prevención y tratamiento *de la enfermedad* que un modelo para la promoción de la salud.

Teoría de la Acción Razonada y Teoría de la Conducta Planeada. Según Reyes (2007), la Teoría de la Acción Razonada (TAR) es propuesta por Fishbein y Ajzen en 1980. Para la TAR, los seres humanos somos esencialmente racionales, y ello nos permite hacer uso de la información disponible para el ejercicio de las acciones o conductas emprendidas. La intención de llevar a cabo una conducta sería el determinante inmediato de una acción. A su vez, la intención es función de la actitud hacia la conducta y de la norma subjetiva.

Según Ajzen (1991), la Teoría de la Conducta Planeada (TCP) es una extensión de la TAR, que fue necesaria proponer para poder explicar las conductas sobre las cuales se tiene un incompleto control volitivo. Ajzen (1991) sostiene que las intenciones para realizar conductas de distintos tipos pueden ser predichas con bastante exactitud a partir de las actitudes hacia la conducta, las normas subjetivas y el control conductual percibido. Estas intenciones, junto con la percepción de control conductual, darían cuenta de una considerable proporción de la varianza en la conducta real. Como puede observarse, la diferencia básica entre la TAR y la TCP consiste en que la

segunda incorpora el elemento del control conductual percibido en dos partes del modelo: como elemento a considerar en la formación de una intención y cómo factor que participa para que una intención se transforme en acción. Esto significa que la conducta depende de la motivación (intención) y de la habilidad (control conductual) (Ajzen, 1991).

Como regla general, entre más favorable sea la actitud y la norma subjetiva con respecto a una conducta, y cuanto mayor sea el control percibido, más fuerte será la intención del individuo de llevar a cabo la conducta en cuestión. Entre la intención de llevar a cabo una conducta y la ejecución de la conducta, media el factor del control real sobre la conducta. Los recursos y oportunidades disponibles para la persona harían aumentar o disminuir las probabilidades de que una conducta se lleve a cabo. No obstante, aunque para Ajzen (1991) el control real sea un factor clave, él lo sustituye en su modelo por el control percibido, pues este es el que, en su criterio, le corresponde estudiar a la Psicología.

La TCP ha sido criticada por suponer que el ser humano es racional. Se ha respondido a la crítica señalando que las creencias que proveen fundamentos cognitivos para las actitudes pueden estar sesgadas (Ajzen y Fishbein, 2000). También se ha respondido aclarando que aunque exista un procesamiento racional de la información, esto no significa que las actitudes se construyen de forma consciente y deliberada. Ajzen y Fishbein (2000) creen que en la mayoría de los casos, las actitudes se forman sin que existan esfuerzos deliberados, y lo llamado hábito es más bien una actitud construida de forma no consciente.

El Modelo Transteorético. Este modelo pretende integrar constructos claves de otras teorías para estudiar el cambio de conductas (Velicer, Prochaska, Fava, Norman y Redding, 1998). Se aborda especialmente el cambio intencional, que es aquel en el cual hay procesos de toma de decisiones. Dentro del modelo se incluye tanto la emoción, la cognición y la conducta, y se confía en el auto-reporte, pues, como se ha demostrado anteriormente, es un medio bastante exacto para obtener información (Velicer, Prochaska, Rossi y Snow, 1992). El desarrollo de medidas cortas,

confiables y válidas de los constructos es uno de los pasos críticos de esta teoría.

Según Velicer, Prochaska, Fava, Norman y Redding (1998), el cambio se da en un proceso compuesto por varias etapas, las cuales son:

- 1) La precontemplación: la gente no tiene intenciones de realizar acciones en un futuro cercano, usualmente medido como los próximos seis meses. Las personas estarían en esta etapa por su falta de información sobre las consecuencias de su conducta, o podrían estar desmoralizadas por su falta de habilidad para cambiar en intentos anteriores.
- 2) La contemplación: la gente tiene la intención de cambiar en los próximos seis meses. Las personas están más conscientes de los pros y contras del cambio. Esto puede producirles una profunda ambivalencia que puede hacer que la gente se quede en esta etapa por periodos largos de tiempo.
- 3) La preparación: la gente tiene la intención de tomar acciones en el futuro inmediato, usualmente en el mes siguiente. Estas personas tienen normalmente un plan de acción, como asistir a clases sobre salud, comprar un libro de autoayuda o hablar con su médico.
- 4) La acción: es la etapa en la que la gente ha hecho modificaciones específicas externas en su estilo de vida dentro de los pasados seis meses. Como la acción es observable, el cambio de conducta ha sido equiparado con la acción, pero desde este modelo, la acción es solo una de las etapas del cambio conductual. Las personas deben lograr un criterio que los científicos y profesionales consideren suficiente para reducir el riesgo de enfermar.
- 5) El mantenimiento: la gente trabaja para prevenir la caída, pero no tienen procesos de cambio tan frecuentemente como las personas en acción. Se ven menos tentados a la recaída y crecientemente convencidos de que pueden continuar con su cambio.

En una dimensión temporal, antes de que la acción tenga lugar, se habla de intención conductual, después de que el cambio de conducta ha tenido lugar, la dimensión conductual se conceptualiza en términos de duración de la

conducta. Además, puede ocurrir la regresión, lo que significa que el individuo vuelve a una etapa anterior. La recaída es una forma de regresión, desde la etapa de Acción o la de Mantenimiento a una etapa previa.

Este modelo también propone una serie de medidas intermedias de resultados que nos permitirían determinar cuando ocurre el cambio mediante medidas dependientes. Por un lado, cuenta con medidas sensibles al progreso a través de todas las etapas (Velicer, Rossi, Prochaska y Di Clemente, 1996). Por otro lado también incluye una serie de constructos que forman un espacio multivariado donde se incluyen: (1) un Balance de Decisión, (2) la Autoeficacia y la Tentación, y (3) la Conducta Objetivo. Para una descripción de estos constructos, puede revisarse Velicer, Prochaska, Rossi y Snow (1992).

Finalmente, el modelo también intenta decir cómo ocurre el cambio, para esto menciona medidas independientes. Los procesos de cambio son las actividades externas u observables e internas o no observables que las personas usan para progresar a través de las etapas. Diez procesos son mencionados por Velicer, Prochaska, Rossi y Snow (1992). Los primeros cinco son usados principalmente en las transiciones tempranas de etapas, y se denominan los Procesos Experienciales. Los últimos cinco, llamados Procesos Conductuales, son usados principalmente en las transiciones posteriores. Estos procesos son: (1) levantamiento de conciencia, (2) alivio dramático, (3) reevaluación ambiental, (4) liberación social, (5) auto-reevaluación, (6) control de estímulos, (7) relaciones de ayuda, (8) contra-condicionamiento, (9) administración de refuerzos, (10) auto-liberación. Estos diez procesos tendrían importancia a la hora de diseñar estrategias de intervención (para mayor detalle, consultar a Velicer, Prochaska, Rossi y Snow, 1992).

Limitaciones de los Modelos Explicativos de las conductas de salud y enfermedad.

La Ciencia, y en particular la Psicología, se generan desde distintos marcos conceptuales y desde muchos escenarios empíricos y contextuales. En los distintos contextos y mediante distintos marcos conceptuales, se han generado

“evidencias”. Si las diferentes teorías presentan explicaciones contradictorias, y estas explicaciones están basadas en “evidencias”, pues deben o bien reformularse las teorías o bien mejorarse la metodología con la que se recogen e interpretan las “evidencias”.

Los modelos expuestos páginas atrás explican parte de los fenómenos que pretenden explicar, y en este sentido no dan cuenta de “todas las evidencias”. Tampoco coinciden unos con otros en sus explicaciones, pues cada uno enfatiza unos factores y deja de lado otros, pese a que los fenómenos abordados se traslapan. Por ejemplo, el cambio de la conducta del fumado lo han intentado explicar tanto el MCS (**Pederson, Wanklin, & Baskerville, 1984**), como la TAR y la TCP (Guo, Anderson Johnson, Unger, Lee, Xie, Chou, Palmer, Sun, Gallaher, & Pentz, 2007), y el Modelo Transteorético (Everson, E. S.; Taylor, A. H. & Ussher, 2010). Todos pretenden abordar el mismo fenómeno (el retiro de la conducta de fumado), y cuentan con “evidencias”, aunque los conceptos que usan no coinciden. Deben revisarse, entonces, los modelos se incrementa su poder explicativo.

Otra limitación es la omisión o subestimación del papel de lo afectivo en las conductas en salud. Como indican Holodynski y Friedlmeier (2006), las emociones y sentimientos se asocian con ciertos grupos de expresiones, ciertos patrones fisiológicos y ciertas tendencias de acción. Por su relación con las tendencias de acción, las emociones deben de jugar un papel en las conductas de salud y de enfermedad. No obstante, estos modelos abordan escasamente lo afectivo.

Debe señalarse, además, que las teorías psicológicas expuestas tienden a ser psicologistas, o a limitarse a lo psicosocial. Esto entra en contradicción con el modelo biopsicosocial de la salud. Por ejemplo, aunque Ajzen (1991) reconoce la importancia del control real sobre la conducta como un factor a tomar en cuenta para poder explicarla, termina afirmando que a la Psicología lo que interesa es el control percibido. De esta manera, se enfatiza la dependencia que la conducta en salud tiene de factores subjetivos, obviándose el papel de los factores objetivos. Tampoco sabemos cómo las culturas ayudan a configurar tanto los factores subjetivos como

objetivos relacionados con el control conductual, o la interacción de este con lo biológico.

Adherencia al tratamiento

No existe una teoría única y específica sobre la adherencia. Además, aunque el término “adherencia” se ha usado principalmente para referirse al seguimiento que los pacientes hacen de las recomendaciones médicas y, principalmente, farmacológicas, también se ha usado para otros tipos de conductas, como la realización de actividad física (Parrott, Tennant, Olejnik, Poudevigne, 2008; Marcus, King, Bock, Borrelli y Clark, 1998), la modificación de los estilos de vida y las conductas alimenticias (Murawski, Milsom, Ross, Rickel, DeBraganza, Gibbons y Perri, 2009) o el seguimiento de técnicas cognitivo-conductuales en el tratamientos de trastornos psicológicos (Mancebo, Pinto, Rasmussen y Eisen, 2008).

Abrams, Borelli, Shadel, King, Bock y Niaura (1998) tienen una concepción más amplia sobre lo que es la adherencia, al incorporar no sólo el grado en el cual un individuo se adhiere a un tratamiento, sino también el grado en el que quien interviene se adhiere a un protocolo y proactivamente alcanza a una población en específico. Al aporte de estos autores habría que agregar que el concepto de adherencia al tratamiento suele suponer la presencia de una enfermedad, ya sea en estado inicial o avanzado.

Dentro de los modelos teóricos que inspiran el estudio de la adherencia al tratamiento se encuentran el Modelo de Creencias en Salud y la Teoría Cognitiva Social (Olsen, Smith, Oei, 2008; Clark y Becker, 1998), la Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Conducta Planeada (Parrott, Tennant, Olejnik, Poudevigne, 2008, Clark y Becker, 1998), el Modelo Transteórico de Cambio de Conducta en Salud (van Leer, Hapner y Connor, 2008; Basler, Bertalanffy, Quint, Wilke, Wolf, 2007), el Modelo de la Auto-Regulación (Leventhal, Meyer y Gutmann (1980, citados por Clark y Becker, 1998) entre otros. Esto resulta interesante, pues brinda luces a nivel conceptual: la adherencia al tratamiento puede ser considerada como una clase de conducta de salud-enfermedad. En este sentido, estaría sujeta

a los mismos factores a los cuales están sujetas las demás conductas de salud, y lo que habría que hacer es averiguar el peso explicativo que tendría cada uno de los factores para cada tipo de conducta de adherencia dentro de un contexto específico.

De las teorías mencionadas las cuales han servido para el estudio de la adherencia al tratamiento, ya se ha expuesto brevemente la MCS, el Modelo Transteórico, la TAR y la TCP. Para brindarle al lector una breve idea de otros modelos usados, se exponen a continuación algunos conceptos del Modelo de la Auto-Regulación y de la Teoría Cognitiva Social.

Leventhal, Meyer y Gutmann (1980, citados por Clark y Becker, 1998) consideran que la auto-regulación soluciona el problema básico del locus de control en la adherencia. La noción fundamental es que el individuo funciona como un sistema de retroalimentación. Él o ella establecen metas conductuales, generan planes y responden a esas metas, y establecen criterios para monitorear los efectos de sus respuestas. La información que reciben es usada entonces para cambiar las técnicas de afrontamiento.

La Teoría Cognitiva Social proviene de Bandura (1986, citado por Clark y Becker, 1998), quien intenta explicar la conducta a partir de los conceptos clave “incentivos”, “expectativas de resultado”, y “expectativas de eficacia”. El cambio y mantenimiento de conducta son función de las expectativas sobre las consecuencias de realizar una conducta (expectativas de resultado), y de las expectativas sobre la habilidad de uno para ejecutarla (expectativa de eficacia o “auto-eficacia”).

Clark y Becker (1998) mencionan una serie de estrategias para mejorar la adherencia y el manejo de la enfermedad, estas incluyen: (1) proveer información, (2) modificar las características del régimen y valorar las habilidades de los pacientes, (3) modificar las creencias en salud, (4) reforzar los elementos de la experiencia de tratamiento, (4) hacer una lista del apoyo familiar y social, y (5) ampliar la relación profesional de la salud-paciente.

Las distintas estrategias mencionadas deberían tener sustento en una sola teoría que sea capaz de dar cuenta de la adherencia al

tratamiento. Aunque cada una de las estrategias puedan asociarse con cierta evidencia empírica y con una o varias teorías, una que explique la totalidad del fenómeno permitiría reconocer la importancia de cada factor en diversidad de pacientes y contextos y, en ese sentido, sería un enorme aporte para el diseño e implementación de intervenciones.

Personalidad y enfermedad

Existen trabajos que pretenden identificar factores de la personalidad que estarían asociados con la incidencia o prevalencia de determinadas enfermedades. El trabajo sobre los tipos de personalidad y su relación con las enfermedades empezaron en los años 50 del siglo XX alrededor del concepto de conducta tipo A (Friedman, 2008). Las inquietudes sobre la relación entre personalidad y enfermedad han continuado hasta nuestros días. Por ejemplo, Emons, Meijer y Denollet (2007) hablan de la personalidad tipo D, caracterizada por la afectividad negativa y la inhibición social, que se relacionaría con el riesgo de padecer eventos cardíacos. También hay trabajos que relacionan factores de la personalidad con la incidencia o con el curso del cáncer (Augustine, Larsen, Walker, Fisher, 2008). Pero la relación entre personalidad y enfermedad no tiene una única vía. Como lo indica Friedman (2008), hay una complejidad de factores y relaciones que deberíamos tomar en cuenta. Más de un vínculo puede estar causando una relación observada, pero la mayoría de estudios no pueden detectar estos posibles vínculos. Reconocemos que muchos fenómenos son multidimensionales, mas esto sólo destaca las limitaciones de los modelos construidos y de las metodologías usadas, usualmente enfocados en unos cuantos factores. Por ejemplo, una serie de factores fisiológicos entre personalidad, cognición, conducta y enfermedad deben ser contemplados. Si intervenimos sobre la personalidad, cuando un aspecto explicativo clave sea, por ejemplo, la regulación glicérica, poco se logrará si estas intervenciones no afectan los niveles de glicemia. Es decir, es necesario desarrollar modelos completos, con los factores o variables intervinientes y sus resultados.

Psiconeuroinmunología, estrés y emociones

Ader (1981, citado por Daruna, 2004) fue el primero en usar el término psiconeuroinmunología para referirse a la creciente evidencia sobre la intercomunicación entre el cerebro y el sistema inmunológico. Este autor señala que el interés por este vínculo puede ser rastreado en los trabajos de Pavlov, quien se pregunta en 1926 si la respuesta inmune puede ser condicionada; y en los trabajos de Selye en 1930, quien habla de condiciones estresantes que tienen efectos endocrinos e inmunológicos.

Dentro de lo que es estrés, se ha encontrado relaciones de este con la presencia y desarrollo de enfermedades, ya sea tanto por vías fisiológicas como por vías conductuales (estrategias de afrontamiento) (véase, por ejemplo, Palesh, Butler, Koopman, Giese-Davis, Carlson, Spiegel, 2007; Butow, Hiller, Price, Thackway, Krickler, Tennant, 2000; Schwerdtfeger, Schmukle, y Egloff, 2006, García de la Banda, Martínez-Abascal, Riesco y Pérez, 2004). No obstante, los mecanismos fisiológicos, cognitivos y conductuales asociados con estas relaciones deben ser estudiados con mayor profundidad.

En particular, creemos que la relación entre factores emocionales, estrés, afrontamiento y sistema inmune merece especial atención. Dentro de los estudios sobre la relación entre las emociones y la salud se encuentran conceptos clave como el de regulación emocional (Maus, Cook y Gross, 2007; Giese-Davis, Conrad, Nouriani y Spiegel, 2007) o el de la expresión de emociones (Tops, van Peer, Korf, 2007; O'Cleirigh, Ironson, Antoni, Fletcher, McGuffey, Balbin, Schneiderman, Solomon, 2003). Son particularmente estimulantes los hallazgos de que la apertura emocional, tal y como es entendida por Pennebaker (2003), se asocian con la disminución de visitas al profesional de la medicina, con la reducción de síntomas físicos auto-reportados y con la mejora del funcionamiento del sistema inmune y el sistema autonómico.

Manejo del dolor

El manejo del dolor es una de las áreas en las cuales la Psicología puede hacer sus aportes

para la prevención o atención de la enfermedad. En el caso de algunas enfermedades crónicas, como fibromialgia, cáncer, osteoartritis, entre otros (Pérez-Pareja, Borrás, Sesé, Palmer, 2005; Zautra, Hamilito y Burke, 1999; Stephenson, Swanson, Dalton, Keefe, y Engelke, 2007), el manejo del dolor puede ser uno de los elementos por considerar en el tratamiento y rehabilitación. El manejo del dolor también es un aspecto para tener presente cuando hay procedimientos quirúrgicos. Litt (1996, citado por Van Dorsten, 2006) señala que la ansiedad preoperatoria ha mostrado ser un predictor significativo de niveles de dolor postoperatorios. Por tanto, intervenciones sobre la ansiedad se hacen necesarias en estos casos.

No obstante, los procedimientos utilizados para manejar el dolor postoperatorio han parecido tener poco impacto (Apfelbaum, Chen, Mehta, Gan, 2003 citados por Van Dorsten, 2006), pues las personas siguen experimentando dolor aunque exista educación y medicación para el dolor. Esto significa que las intervenciones han sido insuficientes y hace falta mejores teorías e intervenciones.

Según Salle, Ginies, Perrouin-Verbe y Ventura (2009), no existen datos sobre la eficiencia de modelos organizacionales para el manejo del dolor crónico neuropático por lesión de la espina dorsal. En el caso del dolor crónico en pacientes adultos con cáncer Brink-Huis, Van Achterberg y Schoonhoven (2008) señalan que los distintos modelos para el manejo de éste cuentan con evidencias de resultados positivos, pero estas son metodológicamente débiles. Beck, Towsley, Berry, Lindau, Field y Jensen (2009), por su parte, indican que la mayoría de pacientes (75%) se sienten satisfechos con el manejo del dolor, aunque siguen teniendo experiencias dolorosas. Además, el comportamiento de los profesionales hacia ellos y la rapidez de la atención son considerados como claves en la relación profesional de la salud-paciente.

Pensar en el manejo del dolor como algo absolutamente independiente de otras conductas y tratamientos es ilusorio. Por ejemplo, Håkonson, Strelec, Campbell, Hudson, Loennechen, (2008) mencionan la adherencia al tratamiento en el manejo del dolor con pacientes de cáncer. Ellos valoran la adherencia en hospitales y hospicios, y

encuentran una adherencia del 65% en el primer tipo de escenario y una adherencia del 79% en el segundo. No obstante, hay aspectos por mejorar. Por ejemplo, parece conveniente que los programas para el manejo del dolor presten atención a los procesos de valoración de este, para conocer el impacto de las intervenciones y mejorarlas.

En lo que es el nivel primario de atención Otis, Macdonald y Dobscha (2006) destacan la necesidad de integrar la atención de la salud mental con la atención de la salud física. Además, mencionan la necesidad de definir el proceso de intervención con el afán de maximizar el potencial del escaso tiempo de intervención que tendrían los clínicos en el primer nivel.

Aplicaciones para la atención de la salud

A lo largo del presente artículo se ha sostenido que una Psicología de la Salud como tal es apenas incipiente en Costa Rica. No obstante, esto no es del todo cierto. Por un lado, los profesionales de la Psicología en el Sistema de Atención de la Salud han realizado valiosos y muy variados aportes al campo de la salud, principalmente desde la Psicología Clínica al campo de la salud mental. Por otro lado, han existido esfuerzos en el plano académico, desde el incipiente artículo sobre Psicología Médica de Adis (1974), o numerosos trabajos de tesis sobre contribuciones de la Psicología a la atención de la enfermedad somática (p. ej. Karkashian, 1992; Cuenca y Leiva, 2004; Sanabria y Vindas, 2001). No obstante, no es sino hasta el 2006 que, con la apertura de la maestría en Psicología de la Salud en la Universidad de Costa Rica, se ha dado una reflexión más enfática y consciente sobre los aportes de la Psicología al campo de la Salud, más consistentes con las definiciones de esta subdisciplina, como la de Matarazzo (1982).

Tomando en cuenta estos antecedentes, el presente artículo invita a un proceso reflexivo en el que se tomen en cuenta una diversidad de aspectos teóricos. Las teorías y los elementos conceptuales mencionados son en buena medida aportes novedosos en el contexto de la discusión académica y el ámbito profesional costarricense. En este trabajo, se ha revisado diferentes aportes teóricos, a saber, 1) modelos sobre el cambio de

conductas en salud, 2) teorías sobre adherencia al tratamiento, 3) la relación entre personalidad y enfermedad, 4) la psiconeuroinmunología, y 5) el manejo del dolor. Cada uno de estos aspectos merecería una extensa revisión y discusión, pues hay que considerar tanto el nivel teórico-conceptual como el nivel de las intervenciones. Por ejemplo, la adherencia al tratamiento ha sido abordada por una serie de investigaciones y trabajos de graduación, enfocados principalmente en la diabetes (Karkashian y Guerrero, 1992; Abarca, 2004; Mejía y Umaña, 2000, Villalobos, Brenes, Quirós y León, 2006). El manejo del dolor ha sido abordado tanto en intervenciones en albergues y clínicas del dolor, como en trabajos académicos (Solano, 2009, Pérez, 2010). Sin embargo, temas como la psiconeuroinmunología, la relación entre personalidad y enfermedad y los modelos del cambio de conductas en salud han sido poco tratados. Estos conceptos pueden llegar a dar aportes significativos si son transformados en estrategias de intervención.

Aún y cuando han existido aportes, es necesario repensar estos a la luz de los conceptos generales de Salud, Promoción de la Salud, Atención Primaria de la Salud y Psicología de la Salud. Igualmente, es necesario desarrollar el concepto de Intervenciones Basadas en Teoría (Lippke y Ziegelmann, 2008), de tal manera que se procure una mayor integración entre las intervenciones y las bases teóricas y empíricas que aseguren su efectividad.

Las teorías y conceptos revisados son sólo una pequeña muestra de posibles aportes de la Psicología a la atención de la salud. Estos aportes deben convertirse en estrategias de intervención concretas dentro de un marco institucional. A partir de las teorías y conceptos expuestos, pueden sugerirse algunas estrategias o actividades de los profesionales en Psicología en los tres niveles de atención.

En el primer nivel de atención, se realizan esfuerzos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación con menores niveles de complejidad (Ayala, Carvajal, Cercone y Arce, 1999). En este, se pueden utilizar los modelos sobre conductas de salud y enfermedad (MCS, TAR, TCP, entre otros) dentro de entidades concretas que tengan un papel estratégico en las comunidades,

como son las escuelas y los colegios, los centros de trabajo, los grupos religiosos, entre otros. A partir de estos modelos, se pueden diseñar campañas a ser difundidas mediante charlas, publicidad, entre otros. También, pueden abrirse espacios públicos para los “estilos de vida saludable”. Tomando en cuenta que en distintos niveles de atención la realización de una conducta se relaciona con la dificultad o facilidad de ejecutarla (Rosenstock, 1966/2005), los espacios públicos “amistosos” con las conductas saludables incrementarían la probabilidad de que éstas se realicen. También pueden identificarse a grupos en riesgo y diseñar actividades y espacios específicos para éstos.

Resultaría útil, por ejemplo, identificar a las personas fumadoras de la comunidad y determinar en qué etapa del cambio estarían, siguiendo el Modelo Transteorético (Velicer, Prochaska, Fava, Norman y Redding, 1998). A partir de esta información, se planifican trabajos con subgrupos específicos, y se le da seguimiento a las personas en su búsqueda por un estilo de vida saludable. En este sentido, los profesionales en Psicología de la Salud también pueden colaborar con la adherencia al tratamiento de los pacientes y estimular que el sistema de la salud sea más cercano a estos. A fin de cuentas, la atención primaria de la salud busca precisamente esto: acercarle la salud a la comunidad. A las personas con diabetes, por ejemplo, se les podría dar seguimiento sobre sus hábitos alimenticios. Se podrían hacer capacitaciones a los profesionales de la salud del primer nivel para promover la buena comunicación y relaciones con los pacientes. Si trabajamos la adherencia desde la TCP, podríamos entonces identificar actitudes hacia la alimentación saludable, normas subjetivas y control conductual percibido. A partir de esta información, se podría decidir sobre cuáles de estas variables intervenir y cómo.

Identificar factores de la personalidad que pueden estar incidiendo en la salud de los pacientes es otro aporte que brinda la Psicología a la atención de la salud a nivel primario, o encontrar qué estilos de afrontamiento tienen las personas ante las enfermedades. Si existen pacientes que por sus padecimientos tengan que lidiar con el dolor, también será importante enseñar estrategias para su manejo.

Todos estos procedimientos e intervenciones deberían ser revisados para valorar su impacto y efectividad. Deben promoverse prácticas que ayuden a identificar cuáles son los resultados de las intervenciones y a qué componentes específicos de éstas se deben. Este tipo de información permitiría mejorar las intervenciones. Igualmente, debe estudiarse cuáles son las necesidades en salud de la población y, particularmente, cuál es el papel de los factores psicológicos en los procesos de salud-enfermedad, pues esto permitirá diseñar estrategias adecuadas para promover la salud y para prevenir y tratar la enfermedad.

Lo anteriormente expuesto sobre los aportes del profesional de Psicología de la Salud en el nivel primario puede resumirse de la siguiente manera. Las y los psicólogos pueden diseñar campañas y estrategias grupales para intervenir en las necesidades en salud de la comunidad, pueden también realizar intervenciones individuales o en pequeños grupos para atender necesidades específicas. De igual forma, pueden participar en actividades dirigidas hacia los propios profesionales de la salud, para que estos mejoren su servicio. Los anteriores procesos deberían tener referentes teóricos y ser evaluados.

La caracterización de los posibles roles y aportes del profesional de la Psicología de la Salud en el nivel secundario y en el nivel terciario requiere que se tomen en cuenta las problemáticas psicosociales asociadas a la hospitalización. Las personas quienes llegan a atenderse a un hospital usualmente tienen cierta condición de enfermedad. Aunque para tratarles puedan tomarse en cuenta los modelos de conductas de salud y enfermedad, la situación es mucho más específica. Muchos de los pacientes deben estar internados en el hospital durante algún tiempo, por lo que se encuentran fuera de un ambiente familiar y en múltiples ocasiones esto les disminuye su poder de decisión sobre asuntos cotidianos, pero importantes en sus vidas. Las intervenciones variarían entonces según el tiempo que estén en los hospitales y según el tratamiento que reciban. Las y los psicólogos pueden intervenir fomentando ambientes que empoderen a los pacientes. Los profesionales de Psicología de la Salud pueden aportar a diversos servicios hospitalarios, y no solo al de Psiquiatría. Esto supone una

integración de Psicología a los distintos servicios, tal y como lo describe Morales (1999).

Los aportes teóricos expuestos en este artículo también pueden traducirse en estrategias de intervención específicas. Por ejemplo, tomando en cuenta la TCP, puede brindarse información a quienes han recibido un determinada intervención quirúrgica sobre aspectos psicosociales que pueden asociarse con el tratamiento. Esta información puede ayudar a que las conductas protectoras de la salud sean evaluadas más positivamente, o ayudar a incrementar la sensación de control sobre la enfermedad. Además, pueden realizarse intervenciones con familiares o personas significativas para los pacientes, con el propósito de propiciar un ambiente de aprobación y apoyo hacia las conductas de salud que demanda el tratamiento (la "norma subjetiva", en términos de la TCP). Asimismo, podría intervenir antes de los procedimientos médicos, para preparar a los pacientes para estos.

Todos estos procesos deben acompañarse de evaluaciones. Por ejemplo, valorar brevemente el tipo de personalidad de la gente que está llegando a un servicio puede ayudar a diseñar intervenciones específicas. Personas con el patrón de conducta tipo A requerirán seguramente que en charlas dirigidas a ellos se aborden temas que les resulten pertinentes, como el manejo de la ansiedad o la adicción al trabajo. Para personas internadas por poco tiempo, pueden diseñarse intervenciones breves, enfocadas en la apertura emocional y en las relaciones familiares.

El manejo del dolor, dependiendo del tipo de enfermedad que tengan los pacientes, será un aspecto que merecerá un seguimiento cercano por parte de los profesionales en Psicología de la Salud. En personas en los servicios de cuidados paliativos el abordaje de este aspecto debe ir acompañado de acompañamiento familiar y el manejo del duelo.

Las diferencias en las tareas de las y los psicólogos de la salud en el segundo y el tercer nivel dependerán de los servicios que se brinden en cada hospital. Desde los hospitales periféricos, que están dirigidas a regiones específicas, se deberían diseñar e implementar actividades preventivas en coordinación con clínicas y EBAIS. Es decir, los profesionales en Psicología deben

coordinar esfuerzos entre los distintos niveles de atención.

El trabajo de los profesionales de la salud en cualquiera de los tres niveles deberá realizarse en coordinación con profesionales de las áreas biológica y social, y con los funcionarios administrativos.

Consideraciones finales

En este artículo, se ha tratado el tema de los aportes de la Psicología a la atención de la salud en Costa Rica. Por lo amplio de este, todo posible intento de abordarlo queda corto. Por ejemplo, un tema ausente es el de los aportes de la Psicología a la gestión del Recurso Humano en Salud. No obstante, más que agotar el tema, se ha pretendido ejemplificar, mediante la exposición de algunos modelos teóricos y contribuciones conceptuales, posibles vías de desarrollo para propuestas de intervención en los distintos niveles de atención de la salud. Aunque ha habido aportes desde la Psicología Clínica y una serie de inquietudes se han reflejado en trabajos universitarios e investigaciones, las concepciones de Psicología de la Salud, Salud, Promoción de la Salud y Atención Primaria obligan a repensar los aportes de la Psicología a la atención de la Salud en Costa Rica.

Debe considerarse que la Psicología es una ciencia en evolución. En este sentido, los aportes que brinda al ámbito de la salud dependen del momento de desarrollo en el que se encuentra. Pero también dependerá del desarrollo y organización del sistema de atención de la salud. En este artículo, también se ha revisado el concepto de Psicología de la Salud. Se destacó que los aportes de la Psicología a la Salud y (la prevención, diagnóstico y tratamiento de) la enfermedad pueden provenir de las distintas subdisciplinas y teorías psicológicas. En ese sentido, el ámbito de la Psicología de la Salud no está separado radicalmente del resto de la Psicología, sino que retoma conceptos generales de la Psicología y los aplica y pone a prueba en el campo de la salud. Ahora bien, ese aporte de la Psicología a la Salud lo da, entre otros escenarios, en los sistemas de atención de la salud.

Dentro de lo que se ha tratado, se han abordado en breve básicamente dos espacios para

las intervenciones psicológicas: el primer nivel de atención (EBAIS y clínicas) y los hospitales (segundo y tercer nivel de atención). En los tres niveles de atención, se puede realizar intervenciones inspiradas en los distintos modelos sobre el cambio de conductas en salud, o en los aportes sobre adherencia al tratamiento, personalidad, estrés, emociones, y manejo del dolor. Pero la manera de traducir los aportes teóricos en intervenciones diferirá según el nivel de atención. Aunque en todos los niveles se pueda realizar trabajo individual y grupal, el acercamiento y acceso a la población, así como el tipo de condiciones de salud variarán. En el primer nivel, se realiza trabajo más comunal y se atiende o bien padecimientos menos complejos, o se da seguimiento a personas con alguna condición de salud ya diagnosticada, pero desde su comunidad. En el segundo y tercer nivel de atención, se trabaja con condiciones de enfermedad usualmente más avanzadas, dentro del contexto hospitalario, lo que en algunos casos significa intervenciones breves y efectivas, y en otros significa atención prolongada.

En cualquier caso, las intervenciones de la Psicología en el ámbito de la salud deberían aprovechar la experiencia plasmada en teorías y constructos. Deberían a la vez permitir someter a prueba las teorías y los constructos, y ayudar a revisarlos y eventualmente modificarlos. Una evaluación de los supuestos detrás de las intervenciones conduciría hacia la mejora de las intervenciones y hacia la adaptación de las intervenciones a contextos y poblaciones específicas.

Referencias bibliográficas

- Abarca Molina, K. (2004). *Manual cognitivo-conductual emocional para facilitar la adherencia al tratamiento en personas con Diabetes Mellitus Tipo 2: guía para profesionales en psicología*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada, Universidad de Costa Rica.
- Abrams, D. B.; Borelli, B.; Shadel, W. G.; King, T.; Bock, B. & Niaura, R. (1998). Adherence to Treatment for Nicotine Dependence. En S. A. Shumaker, E. B. Schron,

J. K. Ockene & W. L. McBee (Eds.) *The Handbook of Health Behavior Change*. New York: Springer

nal of Pain and Symptom Management. Manuscrito presentado para publicación.

Adis Castro, G. (1974). *Apuntes sobre Psicología Médica*. San Pedro de Montes de Oca, C.R. : UCR, Inst. de Investigaciones Psicológicas.

Brink-Huis, A.; van Achterberg, T. & Schoonhoven, L. (2008). Pain management: a review of organization models with integrated processes for the management of pain in adult cancer patients. *Clinical Nursing*, 17, 1986–2000.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology* (pp. 1-33). John Wiley & Sons.

Butow, P. N.; Hiller, J. E.; Price, M. A.; Thackway, S. V.; Kricker, A. & Tennant, C. C. (2000). Epidemiological evidence for a relationship between life events, coping style, and personality factors in the development of breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 169-181.

Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Cabrera, G.; Tascón, J. & Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 19 (1): 91-101.

Augustine, A. A.; Larsen, R. J.; Walker, M. S. & Fisher, E. B. (2008). Personality predictors of the time course for lung cancer onset. *Journal of Research in Personality*, 42, 1448–1455.

Clark, N. M. & Becker, M. H. (1998). Theoretical Models and Strategies for Improving Adherence and Disease Management. En S. A. Shumaker, E. B. Schron, J. K. Ockene & W. L. McBee (Eds.) *The Handbook of Health Behavior Change*. New York: Springer

Ayala-Díaz, N.; Carvajal-Salazar, X.; Cercone, J. & Arce Ramírez, C. (1999). *Curso Especial de Postgrado en Gestión Local de la Salud, Módulo 1: Bases del Sistema Nacional de Salud y Proceso de Modernización CCSS*. San José, Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.

Cuenca Botey, A. & Leiva García, K. (2004). *Elaboración y validación empírica de un manual de autoayuda cognitivo conductual emocional para el manejo del estrés asociado a la diabetes mellitus tipo 2 desde la perspectiva de la medicina conductual*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada, Universidad de Costa Rica.

Basler, H. D., Bertalanffy, H., Quint, S., Wilke, A. & Wolf, U. (2007). TTM-based counseling in physiotherapy does not contribute to an increase of adherence to activity recommendations in older adults with chronic low back pain – A randomised controlled trial. *European Journal of Pain*, 1131–37.

Daruna, J. H. (2004). *Introduction to Psychoneuroimmunology*. San Diego, California: Academic Press Elsevier.

Beck, S. L.; Towsley, G. L.; Berry, P. H.; Lindau, K.; Field, R. B. & Jensen, S. (2009). Core Aspects of Satisfaction with Pain Management: Cancer Patients' Perspectives. *Jour-*

nal of Pain and Symptom Management. Manuscrito presentado para publicación.

- and Health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Emons, W. H. M.; Meijer, R. R. & Denollet, J. (2007). Negative affectivity and social inhibition in cardiovascular disease: Evaluating type-D personality and its assessment using item response theory. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 27–39.
- Everson, E. S.; Taylor, A. H. & Ussher, M (2010). Determinants of physical activity promotion by smoking cessation advisors as an aid for quitting: Support for the Trans-theoretical Model. *Patient Education and Counseling*, 78 (1), 53-6.
- Eysenck, H. J. (1988). *Decadencia y Caída del Imperio Freudiano*. Barcelona, España: Ediciones de Nuevo Arte Thor.
- Friedman, H. S. (2008). The multiple linkages of personality and disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22, 668–675.
- García de la Banda, G.; Martínez-Abascal, M. A.; Riesco, M. & Pérez, G. (2004). La Respuesta de Cortisol ante un Examen y su Relación con otros Acontecimientos y Características de la Personalidad. *Psicothema*, 16 (02).
- Giese-Davis, J.; Conrad, A.; Nouriani, B. & Spiegel, D. (2007). Exploring emotion-regulation and autonomic physiology in metastatic breast cancer patients: Repression, suppression, and restraint of hostility. *Personality and Individual Differences*.
- Grynwald, A. (2004). Smoking Cessation Education Needs as Reported by Current Smokers, Former Smokers, and Nurses. Tesis para optar por el grado de Master en Ciencia de Enfermería. Marshall University.
- Guo, Q.; Anderson Johnson, C.; Unger, J. B.; Lee, L.; Xie, B.; Chou, C. P.; Palmer, P. H.; Sun, P.; Gallaher, P. & Pentz, M. A. (2007). Utility of the theory of reasoned action and theory of planned behavior for predicting Chinese adolescent smoking. *Addictive Behaviors*, 32, 1066–1081.
- Håkonsen, G. D.; Strelec, P.; Campbell, D.; Hudson, S. & Loennechen, T. (2009). Adherence to Medication Guideline Criteria in Cancer Pain Management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37 (6).
- Holodynski, M. & Friedlmeier, W. (2006). *Development of Emotions and Emotion Regulation*. New York: Springer.
- Karkashian Cordoba, C. & Guerrero Canet, A. (1992). *Factores psico-sociales que intervienen en la adherencia al tratamiento y ajuste a la enfermedad en pacientes con diabetes mellitas*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada, Universidad de Costa Rica.
- Khun, T. (2004). *Las estructura de las revoluciones científicas*. Título original publicado en 1962. Argentina: Fondo de Cultura Económica
- Lakatos, Imre (1993). *La metodología de los Programas de investigación científica*. Título original publicado en 1978. Madrid: Alianza.
- Last, J. (1998). *Public Health and Human Ecology*. Connecticut: Appleton & Lange.
- Lippke, S. & Ziegelmann, J. P. (2008). Theory-Based Health Behavior Change: Developing, Testing, and Applying Theories for Evidence-Based Interventions. *Applied Psychology: An International Review*, 57(4), 698–716
- MacCann, T. & Clark, E. (2003). Grounded Theory in Nursing Research: Part 2 – Critique. *Nurse Research*, 11, 2.

- Mancebo, M. C.; Pinto, A.; Rasmussen, S. A. & Eisen, J. L. (2008). Development of the Treatment Adherence Survey—patient version (TAS-P) for OCD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 32–43.
- Marcus, B. H.; King, T.; Bock, B. C.; Borrelli, B. & Clark, M. M. (1998). Adherence to Physical Activity Recommendations and Interventions. En S. A. Shumaker, E. B. Schron, J. K. Ockene & W. L. McBee (Eds.) *The Handbook of Health Behavior Change*. New York: Springer
- Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health' challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37 (1), 1-14.
- Mauss, I. B.; Cook, C. L.; Gross, J. J. (2007). Automatic emotion regulation during anger provocation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 698–711.
- Mejía Castillo, A. & Umaña Porras, V. (2000). *El paciente con diabetes mellitus tipo II. Plan cognitivo-conductual-emocional para mantener la adherencia a un programa de reducción de peso*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada, Universidad de Costa Rica.
- Morales, F. (1999). Introducción a la Psicología de la Salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. Madrid, España: Pirámide.
- Murawski, M. E.; Milsom, V. A.; Ross, K. M.; Rickel, K. A. DeBraganza, N. Gibbons, L. M. & Perri M. G. (2009). Problem solving, treatment adherence, and weight-loss outcome among women participating in lifestyle treatment for obesity.). *Eating Behaviors*, 10, 146–151.
- O'Cleirigh, C.; Ironson, G.; Antoni, M.; Fletcher, M. A.; McGuffey, L.; Balbin, E.; Schneiderman, N. & Solomon, G. (2003). Emotional expression and depth processing of trauma and their relation to long-term survival in patients with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 225– 235.
- Olsen, S.; Smith, S. & Oei, T. P. S. (2008). Adherence to Continuous Positive Airway Pressure Therapy in Obstructive Sleep Apnoea sufferers: A theoretical approach to treatment adherence and intervention. *Clinical Psychology Review*, 28, 1355–1371.
- Otis, J. D.; Macdonald, A. & Dobscha, S. K. (2006). Integration and Coordination of Pain Management in Primary Care. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62 (11), 1333–1343.
- Organización Mundial de la Salud (1946/2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud, Documentos básicos* (45 edición). Recuperado el 12 de Enero del 2010 de http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Declaración de Alma-Ata*. OMS.
- Palesh, O.; Butler, L. D.; Koopman, C.; Giese-Davis, J.; Carlson, R. & Spiegel, D. (2007). Stress history and breast cancer recurrence. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 233– 239.
- Parrott, M. W.; Tennant, L. K.; Olejnik, S.; Poudévigne, M. S. (2008). Theory of Planned Behavior: Implications for an email-based physical activity intervention. *Psychology of Sport and Exercise*, 9, 511–526.
- Pederson, L. L.; Wanklin, J. M. & Baskerville, J. C. (1984). The role of health beliefs in compliance with physician advice to quit smoking. *Social Science & Medicine*, 19 (5), 573-580.

- Pennebaker, J. W. (2003). The Social, Linguistic, and Health Consequences of Emotional Disclosure. En J. Suls & K. A. Wallston (Eds.). *Social Psychological Foundations of Health and Illness*. Malden, USA: Blackwell Publishing.
- Pérez-Pareja, J.; Borrás, C.; Sesé, A. & Palmer, A. (2005). Percepción de dolor y fibromialgia. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33(5), 303-310.
- Pérez Salgado, V. (2010). *Manual cognitivo conductual emocional, dirigido a psicoterapeutas para el manejo del dolor crónico en mujeres con Fibromialgia*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada, Universidad de Costa Rica.
- Pillai Riddell, R. R.; Stevens, B. J.; McKeever, P.; Gibbins, S.; Asztalos, L. Katz, J.; Ahola, S. & Din, L. (2009). Chronic Pain in Hospitalized Infants: Health Professionals' Perspectives. *The Journal of Pain*, pp 1-9. Manuscrito presentado para publicación.
- Restrepo, H. & Málaga, H. (2002). *Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable*. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana.
- Rodríguez, J.(1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid, España: Síntesis
- Rosenstock, I. M. (1966/2005). Why People Use Health Services. *The Milbank Quarterly*, 83 (4), 1-32.
- Reyes, L. (2007). La Teoría de la Acción Razonada: implicaciones para el estudio de las actitudes. *Investigación Educativa*, 7.
- Roales-Nieto, J. G. (2004). *Psicología de la Salud: Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid, España: Pirámide.
- Sanabria Romero, A. L. (2001). *Lo que se trastoca con el cáncer de mama: aspectos psicológicos a considerar en el tratamiento de mujeres mastectomizadas*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada, Universidad de Costa Rica.
- Schwerdtfeger, A.; Schmukle, S. C. & Egloff, B. (2006). Avoidant coping, verbal-autonomic response dissociation and pain tolerance. *Psychology and Health*, 21 (3), 367-382.
- Solano Araya, K. (2009). *La psicología de la salud en el primer nivel de atención: atención clínica psicológica, manejo del dolor crónico benigno y actividades de promoción de la salud*. Tesis de Licenciatura en Psicología no publicada, Universidad de Costa Rica.
- Starfield, B. (2001). *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona, España: Masson.
- Stephenson, N. L. N.; Swanson, M.; Dalton, J.; Keefe, F. J. & Engelke, M. (2007). Partner-Delivered Reflexology: Effects on Cancer Pain and Anxiety. *Oncology Nursing Forum*, 34 (1).
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998). *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. California, E. E. U. U.: SAGE
- Tops, M.; van Peer, J. M. & Korf, J. (2007). Individual differences in emotional expressivity predict oxytocin responses to cortisol administration: Relevance to breast cancer? *Biological Psychology*, 75, 119-123.
- Van Dorsten, B. (2006). Psychological Considerations in Preparing Patients for Implantation Procedures. *Pain Medicine*, 7 (Supl), S 47-S57.

- Van Leer, E.; Hapner, E. R. & Connor, N. P. (2008). Transtheoretical Model of Health Behavior Change Applied to Voice Therapy. *Journal of Voice*, 22 (6).
- Vargas González, W. (2006). *Atención primaria de salud en acción: su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica*. San José, Costa Rica: EDNASSSCSS.
- Velicer, W. F., Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 38, 216-233.
- Velicer, W.F.; Prochaska, J.O.; Rossi, J.S.; Snow, M. (1992). Assessing outcome in smoking cessation studies. *Psychological Bulletin*, 111 (1), 23-41.
- Velicer, W. F., Rossi, J. S.; Prochaska, J. O. & Diclemente, C. C. (1996). A Criterion Measurement Model For Health Behavior Change. *Addictive Behaviors*, 21, (5), 555-584.
- Wong, M.; Rietzschel, J.; Mulherin, D. & David, C. (2009). Evaluation of a multidisciplinary outpatient pain management programme based at a community hospital. *Musculoskeletal. Care*, 7 (2), 106-120.
- Zautra, A. J.; Hamilton, N. A. & Burke, H. M. (1999). Comparison of Stress Responses in Women with Two Types of Chronic Pain: Fibromyalgia and Osteoarthritis. *Cognitive Therapy and Research*, 23 (2), 209-230.