

## Psicología Social de la Salud

R. Jódar Martínez<sup>1</sup>, M. P. Martín Chaparro<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Murcia, [Rosalia.Jodar@um.es](mailto:Rosalia.Jodar@um.es)

<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Murcia

Durante miles de años, la enfermedad se ha entendido como el resultado de la invasión del organismo humano por parte de agentes externos. De este modo, hasta hace pocas décadas se ha mantenido la concepción de que mente y cuerpo constituyen entes separados, bajo el prisma del llamado modelo biomédico de la salud y la enfermedad, según el cual “todas las enfermedades pueden explicarse a partir de problemas en procesos fisiológicos, resultado de heridas, desequilibrios químicos e infecciones bacterianas o víricas” [1], negándose de este modo cualquier influencia sobre la salud de procesos de índole psicológica o social.

De este modo, factores familiares, económicos, ocupacionales y de personalidad, fueron completamente ignorados durante la mayor parte del siglo pasado [2]. Sin embargo, el nuevo panorama epidemiológico ha traído consigo la reconsideración de esos otros factores implicados en la salud humana, propiciando así la aparición de una nueva concepción de la enfermedad como fenómeno plurideterminado en el que los factores biológicos, conductuales y ambientales (físicos y sociales) cobran una gran importancia [3].

Así, conceptos como calidad de vida, estrategias de afrontamiento de la enfermedad o adhesión terapéutica han ido cobrando cada vez más relevancia. Este cambio en la concepción de la salud y la enfermedad queda recogido en la definición que la Organización Mundial de la Salud acuñó en el año 1948 para el término “salud”, que se expresó como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad”, definición que si bien puede ser criticada por su falta de operabilidad, como señala Rodríguez-Marín [4], trata de reflejar un cambio importante en la perspectiva que debía adoptarse en las políticas futuras.

Como consecuencia, se ha ido produciendo un cambio cualitativo en los criterios que se utilizaban para definir la salud, y se ha venido desarrollando una propuesta de salud como concepto integral, formado por aspectos tanto biológicos, como psicológicos y sociales, propuesta que progresivamente ha dado lugar a la aparición del “modelo bio-psico-social de la salud”. Este modelo insiste en que los factores biológicos son condiciones necesarias pero no suficientes en el inicio de una enfermedad. Cualquier enfermedad, desde este modelo, es el resultado de complejas interacciones entre variables biológicas, psicológicas y sociales, las cuales, conjuntamente explican las variaciones que se producen en el inicio, la severidad y el curso de la misma [1].

De este modo, la mera exposición al agente patógeno, por ejemplo un virus o bacteria, no tiene necesariamente que desembocar en la infección y desarrollo de enfermedad por parte del individuo expuesto, sino que dependerá del grado de vulnerabilidad inmunológica que éste presente, y a su vez, esa mayor o menor vulnerabilidad estará en relación con los hábitos de salud (dieta, tabaco, alcohol, práctica deportiva, horas de sueño, etc.), el ajuste psicológico (por ejemplo, los niveles de estrés) y social (disponibilidad de apoyo social, entre otros) de cada individuo.

Además, la consideración de todos estos factores ha ido ligada al traslado del énfasis desde la rehabilitación y el tratamiento de la enfermedad, a la prevención y la promoción de la salud y la atención a factores que van más allá de lo puramente biológico [4]. En este giro de planteamientos tienen su base la posterior creación de programas dirigidos a promover cambios en los estilos de vida, a fomentar la utilización de recursos sociales, al afrontamiento del estrés, etc., para conseguir la instauración de

comportamientos más saludables y disminuir la vulnerabilidad a la enfermedad en la población.

El modelo bio-psico-social ensalza la idea de la salud como resultado del grado de adaptación del organismo a su ecosistema, a corto, medio y largo plazo [5]. La Psicología de la Salud vendría a explicar las variables del individuo y del ecosistema que inciden en el comportamiento y en la salud. Utilizando las palabras de Rodríguez-Marín [4]: la Psicología de la Salud representa, “un área de aplicación de la psicología al marco de la salud, que estudia los factores emocionales, cognitivos y comportamentales asociados a la salud y enfermedad físicas de los individuos, integrando las aportaciones individuales, grupales y comunitarios, para la promoción de la salud, la prevención, tratamiento y rehabilitación y para conseguir una buena calidad de vida”. (Pág.23)

Factores como el estrés, las habilidades de afrontamiento, la ansiedad rasgo o la percepción de control, así como el apoyo social de que disponen los individuos, han sido objeto de numerosos estudios en relación con su influencia sobre la salud, y programas para la reducción del estrés y la ansiedad, para hacer más efectivo el patrón de afrontamiento o para aumentar el aprovechamiento de los recursos sociales, se han implementado con el objetivo de generar un impacto positivo sobre la salud de los individuos. Además, la relación entre factores psicológicos y el estado de salud de los individuos se caracterizaría por su bidireccionalidad, dado que un deterioro en este último puede generar toda una serie de consecuencias emocionales, cognitivas y conductuales que repercutan nuevamente sobre la salud del individuo, a través de las dos anteriores vías, dándonos esto una idea de la continua regulación que ambos tipos de factores ejercen entre sí.

La Psicología de la Salud se ha ocupado de desarrollar modelos explicativos que “consideren al ser humano como el punto de corte entre sistemas sociales y microsistemas orgánicos” [4] (Pág. 34) y al comportamiento humano como área de integración entre factores sociales y biológicos.

Por otra parte, bajo la premisa de que las conductas de salud, como cualquier otro tipo de comportamiento, son susceptibles de ser aprendidas o modificadas, bien por vía directa, bien por la influencia de modelos sociales relevantes, los modelos teóricos ofrecen las claves para establecer dichos cambios conductuales, mostrando los factores determinantes de dichas conductas, incluyendo, no sólo las condiciones individuales, sino también las de carácter social, que son necesarias para ese cambio. Dentro de estos modelos, y sin detenernos en su descripción, cabría destacar el Modelo de Creencias sobre la Salud [6, 7, 8], la Teoría de la Acción Razonada [9, 10], la Teoría de la Acción Social [11, 12, 13] y el Modelo Psicológico de la Salud de Ribes [14].

## 1. PSICOLOGIA SOCIAL DE LA SALUD

Una de las situaciones de riesgo que puede vulnerar el desarrollo armónico e integral de los menores viene determinada por un variado conjunto de conductas que por su topografía, características y consecuencias derivadas, son conceptualizadas bajo el término de trastornos de la conducta o trastornos de comportamiento perturbador.

Los trastornos del comportamiento perturbador suponen uno de los diagnósticos más frecuentes en las unidades de salud mental infanto-juvenil, donde equivale a algo más de la mitad de las consultas, estimándose su prevalencia en la población general, según las distintas investigaciones, entre un 2% y un 16 %.

La presencia de este trastorno en nuestros niños y jóvenes puede tener como consecuencia severas implicaciones en su aprendizaje, éxito escolar y en la adecuada convivencia y relación social con los compañeros y profesores de sus centros educativos.

Los denominados problemas de conducta se están convirtiendo en una fuente de preocupación para las familias, la escuela y la sociedad en general. Aparecen cuando los

niños –o adolescentes- tienen que cumplir ciertas normas y someterse a un cierto grado de disciplina [15] que les suponga no conseguir una satisfacción inmediata. Algunas conductas de oposición son, en determinados momentos, importantes para el desarrollo y la formación de la propia identidad y la adquisición de habilidades de autocontrol y desarrollo personal. Sin embargo, hay niños y niñas en los que la frecuencia y la intensidad de sus emociones están claramente por encima de lo que podría considerarse normal para su edad o grupo de referencia.

La mayor parte de los problemas de conducta que muestran niños y niñas pueden explicarse como un desajuste dentro de su contexto familiar, escolar o social, pero si éste permanece en el tiempo, los menores que lo presentan pueden ser señalados como problemáticos con la consiguiente etiqueta que, además, suele ir acompañada de otros problemas que dificultarán las posibilidades de adaptación y normalización de su desarrollo.

### **1.1. MODELO DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN SOCIAL DE DODGE [16]**

En los últimos años ha aumentado el interés por el papel que juegan los aspectos cognitivos en la psicopatología infantil y, en concreto, en los trastornos de la conducta. El punto de partida es la idea de que las personas responden al ambiente primariamente en base a las representaciones cognitivas de ese ambiente y de las experiencias mantenidas con el mismo.

Dodge [16] propone un modelo explicativo de la agresión y del mantenimiento de los trastornos de conducta basado en el procesamiento de la información. Según el autor, las experiencias infantiles interactúan en la memoria con las estructuras de conocimiento. Estas estructuras son esquemas derivados de experiencias tempranas, expectativas sobre sucesos futuros y vulnerabilidad afectiva. Cuando un niño o adolescente se expone a un estímulo social concreto, las estructuras de conocimiento organizan el proceso en esta situación. Estos procesamientos cuando son inadecuados y sesgados dan lugar a una conducta desviada o agresiva.

Su persistencia en el tiempo puede dar lugar a un trastorno de la conducta. Si un menor está expuesto a experiencias tempranas de exposición a modelos agresivos, apego inseguro o abuso físico, concebirá el mundo como un lugar hostil que requerirá de conductas agresivas para conseguir sus metas [17]. La repetición de estas experiencias fortalece las estructuras de conocimiento previas haciendo estos patrones más automatizados, lo que conduce a un trastorno de la conducta, a no ser que pueda experimentar otras situaciones o experiencias que pongan en duda estas estructuras.

El objeto de nuestra disciplina (la psicología social de la salud) son las conductas saludables que pueden definirse como los esfuerzos por reducir los comportamientos patógenos o perjudiciales para la salud y fomentar las conductas inmunógenas o protectoras de la salud.

Entre las conductas patógenas o de riesgo para la salud tenemos: no hacer ejercicio físico, no seguir una dieta equilibrada, descuidar la higiene, no disponer de tiempo para relacionarse, dormir pocas o muchas horas, fumar, beber alcohol, consumir otras drogas, mala planificación en las relaciones sexuales, no afrontar los problemas cotidianos con la pareja y familia, malas relaciones con los compañeros, jefes, etc., conducción temeraria.

Según Rodríguez-Marín [4] la influencia del entorno social en la adquisición de hábitos y estilos de vida saludables, así como en el cuidado y mantenimiento de la salud son fundamentales. Así, es necesario enseñar y proporcionar a las personas, desde edades tempranas, los conocimientos y las habilidades necesarias para que puedan controlar sus propios hábitos y las condiciones del entorno que perjudican su salud.

Por otro lado, los comportamientos promotores o protectores de la salud se incluyen dentro de las denominadas “conductas de salud” y tienen una función básicamente preventiva. Sin embargo, cuando una persona se encuentra bien y está sana, es muy difícil que se involucre en este tipo de conductas, porque normalmente suponen un esfuerzo, salvo que las haya adquirido durante su infancia y estén integradas en su repertorio conductual. El que una persona lleve a cabo comportamientos protectores de la salud depende de factores motivacionales que, a su vez, depende de la percepción que la persona tiene de la amenaza que la enfermedad constituye para ella, de la eficacia que cree que la conducta tendrá para reducir la amenaza, y de la atracción que sobre ella ejercen comportamientos alternativos.

Naturalmente, los comportamientos saludables, como la gran mayoría de los comportamientos que constituyen el repertorio del ser humano, se adquieren mediante procesos de aprendizaje, por vía de experiencia directa y por modelos sociales (experiencia vicaria). Cuando los comportamientos están ya instalados en el repertorio comportamental de la persona, y se ejecutan de forma recurrente, tienen a convertirse en hábito. En ese momento, aunque la conducta se hubiese adquirido gracias a refuerzos positivos contingentes, dependerá cada vez menos de sus consecuencias que de claves ambientales con las que se ha asociado en el pasado y se hará resistente al cambio. Por eso, es importante desarrollar conductas saludables tan pronto como sea posible, y eliminar las conductas insalubres en cuanto aparezcan.

## 2. PROCEDIMIENTO

En la adquisición e implantación de hábitos saludables, la educación juega un papel fundamental. En esta investigación nos centraremos principalmente en los factores relacionados con la promoción y prevención de la salud, en particular, en la educación para la salud y la educación socioemocional, y de este modo poder trabajar en la prevención de determinadas conductas disruptivas, agresivas, adictivas, etc., en la prevención de la ansiedad y la depresión, cada vez más frecuentes y en edades más tempranas, analizando los factores de riesgo y de protección (resiliencia).

Para llevar a cabo el estudio se tomarán medidas de las variables seleccionadas en intervalos diferentes. Por un lado, los cambios producidos más a largo plazo, es decir, al inicio y fin de un ciclo educativo, distribuyendo estas medidas en dos bloques de edad, el alumnado de 1º a 6º de Primaria y de 1º a 4º de la E.S.O. Se realizará también al inicio de curso un pretest, y un postest al finalizar el año escolar, para analizar, tras la intervención correspondiente, los cambios ocurridos en un curso académico y compararlos con los que se obtengan a más a largo plazo.

El estudio se va a realizar en el Colegio San Buenaventura de Murcia en el que se están llevando a cabo una serie de programas de intervención psicosocial con alumnos y profesores, en los que se trabaja la inteligencia emocional, la educación en valores, la resiliencia, promoción de la salud y prevención de conductas adictivas, disruptivas, etc.

### 3. REFERENCIAS

- [1] Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-133
- [2] Matarazzo, J. D. (1994). Health and behavior: The coming together of science and practice in psychology and medicine after a century of benign neglect. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1, 7-39.
- [3] Matarazzo, J.D. (1984). Behavioral health: 1990 challenge for the health sciences professions. En J.D. Matarazzo, S.M. Weiss, J.A. Herd, N.F. Miller & S.M. Weiss (Eds.). *Behavioral Health. A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley.
- [4] Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. España: Síntesis.
- [5] Santacreu, J., Zaccagnini, J.L. y Márquez, M.O. (1992). El problema de "la droga". Un análisis desde la psicología de la salud. Valencia: Promolibro.
- [6] Rosenstock, IM (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335
- [7] Maiman, LA y Becker, MH (1974). The health belief model: Origins and correlates in psychological theory. *Health Education Monographs*, 2, 336-353.
- [8] Becker, MH. y Maiman, L. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24.
- [9] Fishbein, M y Ajzen, I (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- [10] Ajzen, I y Fishbein, M (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- [11] Ewart, C. K. (1990). A social problem-solving approach to behavior change in coronary heart disease. In S. Sehumaker, E. Schron, & J. Ockene (Eds.), *Handbook of health behavior change* (pp. 153-190). New York: Springer.
- [12] Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 5, pp. 119-186). San Diego, CA: Academic Press.
- [13] Leventhal, H., Cleary, P. D., Safer, M. A., & Gutman, M. (1980). Cardiovascular risk modification by community-based programs for life-style change: Comments on the Stanford Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 150-158.
- [14] Ribes, E. (1990). *Psicología y salud. Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- [15] Díaz, M. I.; Jordán, C., Vallejo, M. A., y Comeche, M. I. (2006). Problemas de conducta en el aula: una intervención cognitivo-conductual. En F. X. Méndez, J. P. Espada, y M. Orgilés, M. (Coords.), *Intervención psicológica y educativa con niños y adolescentes. Estudio de casos escolares*. (pp.119-149). Madrid: Pirámide.
- [16] Dodge, K.A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 559-584.
- [17] Fernández, E. y Olmedo, M. (1999). *Trastorno del comportamiento perturbador*. Madrid: UNED-FUE.