

La relevancia de las ciencias socio-comportamentales para la medicina

(A propósito de la «Xth International Conference on Social Sciences and Medicine»)

Jesús Rodríguez

Departamento de Psicología de la Salud
Universidad de Alicante

Cada dos años, auspiciada por la prestigiosa revista **Social Science & Medicine**, se celebra en un país diferente la menos importante «International Conference on the social Sciences and Medicine», que reúne a su convocatoria a los mejores especialistas en los campos de Psicología Médica, Sociología Médica, Economía Sanitaria, Política Sanitaria, Antropología Médica, Geografía Médica y Ética Médica. Durante una semana y distribuidos en 20 secciones temáticas, todos reflexionan y discuten problemas de interés concurrente y procuran establecer sobre ellos unas conclusiones con las que la mayoría de los asistentes a cada grupo de trabajo puedan estar de acuerdo. Se consigue así una interacción altamente fructífera, y un intercambio de información y opiniones que enriquece a todos los asistentes y posibilita los contactos y colaboraciones ulteriores en todos los campos. Las «International Conferences on Social Sciences and Medicine» constituyen, así, hoy, una de las más interesantes manifestaciones de fertilización interdisciplinar en el campo de las ciencias de la salud.

Este año, por primera vez, la «Xth Int. Conference on S.S. & M.» se ha celebrado en España durante los días 26-30 de octubre, en Sitges (Barcelona), con una muy nutrida asistencia, aunque desgraciadamente los asistentes españoles fueron muy pocos; sin embargo, un grupo de ellos presentó una sesión especial que, con el título: «Health and Society in the North Mediterranean Region: The case of Spain» agrupó

trabajos sobre el sistema sanitario español, las desigualdades en el uso de los servicios de salud, economía sumergida y salud, ajuste psicosocial de los pacientes hospitalarios, consumidores de servicios públicos, y política sanitaria en España.

Uno de los temas más habituales en estas conferencias es el papel de las ciencias sociales en la educación de los profesionales del cuidado de la salud, y el papel de los científicos socio-comportamentales en la práctica del cuidado de la salud. Ambos puntos se enmarcan en una concepción emergente de la salud, cuya definición como bienestar físico, mental y social, en un marco bio-psicosocial, debería ser conceptualizada en términos tanto orgánicos como psicosociales, e implica una crítica de los programas académicos que deberían reconocer la necesidad de integrar las ciencias sociocomportamentales en la educación de los profesionales de la salud. Los dos componentes de esa educación, la medicina y las ciencias socio-comportamentales deberían preparar adecuadamente a los profesionales para practicar la ciencia médica y el arte de la profesión sanitaria en diferentes contextos socio-culturales de sistemas de cuidado de salud coexistentes. Sólo aquellas instituciones médico-docentes que integran las ciencias socio-comportamentales en sus currícula están en el camino del progreso ajustando el quehacer científico con nuestra comprensión de las realidades estructurales de las sociedades contemporáneas. El fenómeno de la salud es un concepto tanto médico

como socio-comportamental, igual que la medicina misma es la ciencia tanto natural como socio-comportamental, sin embargo, hasta ahora el componente biomédico ha sido objeto de mucha mayor atención que el psicosociomédico, cuando, sin embargo, el ejercicio de la profesión sanitaria demanda cada día más los recursos teóricos y habilidades técnicas de las ciencias sociales y del comportamiento (OTITE, 1987).

El desarrollo unilateral desequilibrado de las ciencias biomédicas condujo, junto a enormes progresos y altos niveles de eficacia en la curación y erradicación de enfermedades graves e infecciosas, a una seria despersonalización del cuidado, y a una reducción importante en la cualidad de la relación médico-paciente. La resolución de esos problemas implica cada vez más la colaboración de científicos del comportamiento que tienen varios papeles muy importantes que jugar en la remodelación del cuidado de salud.:

1. En el servicio al consumidor podrían ayudar cambiando actitudes tanto de médicos como de pacientes hacia la medicina preventiva, alentando el compartir la responsabilidad del mantenimiento de la salud de forma que cada individuo tome conciencia de la importancia que tiene a largo plazo el negarse a uno mismo una satisfacción a corto plazo. Por otro lado, más que nadie los científicos del comportamiento podrían ayudar a los médicos a reducir la paranoia profesional que impide con tanta efectividad la introducción de controles de calidad en el trabajo de atención de la salud.



2. La tarea, más difícil, pero esencial de los científicos sociales y del comportamiento estriba en la modificación de la educación médica de manera que produzca un nuevo tipo de médico que piense más que sepa, que tenga conciencia de los límites de su capacidad pero que trabaje con ellos, que entienda cómo usar las destrezas de sus colegas, que pueda afrontar su propia inseguridad y que coloque tanto la cura como el

cuidado de su paciente en el centro de su medicina.

3. Esta tarea de reconceptualización de un nuevo tipo de profesional de la salud, implica análisis e intervenciones comportamentales y motivacionales para los cuales se necesita la concurrencia de los científicos socio-comportamentales (HULL, 1987).

Las ventajas de trabajar problemas de salud en común con tales

científicos superan con mucho las desventajas. Ciertamente esa colaboración encuentra muchos obstáculos, pero ninguno de ellos es insalvable, y cada día existen más y más indicadores de que van desmontándose (ROGERS, 1987).

Quizá uno de los ejemplos más representativos de un problema que exija una aproximación y estudio interdisciplinar es el del SIDA, en el que la información y la educación son los instrumentos disponibles para prevenir una expansión mayor de la enfermedad y para mantener el miedo dentro de unos límites racionales. Para incrementar la probabilidad de proporcionar con éxito la información necesaria al público y para disminuir la angustia ante la amenaza, la sociedad ha de recurrir a una gama muy amplia de especialistas que incluye epidemiólogos, educadores de salud, especialistas en salud pública, psicólogos, médicos y metodólogos evaluadores. Un ejemplo vivo, de trabajo interdisciplinario.

Otro de los temas de interés, objeto de algunas secciones, ha sido el estrés y su relación con la enfermedad. Los biólogos y médicos tienden a preocuparse de las fuentes del estrés que son concretas y observables, y pueden ser consideradas como «causas» de enfermedad; en cambio, los científicos socio-comportamentales tienden a preocuparse por las fuentes del estrés que representan información que nace fuera de la persona y que es mediada por los centros superiores del sistema nervioso central. Es claro que tal «estrés psicológico» puede conducir a alteraciones de funciones internas que son «causas» potenciales de enfermedad; pero usualmente no actúan independientemente de otros mecanismos. Este énfasis en los aspectos comunicativos ha puesto de relieve la incorrección de las explicaciones teóricas de la relación estrés-enfermedad de los años 40 como modelos derivados de conceptos de ingeniería. La relación de un organismo con su entorno es, en una gran medida, una interacción comunicativa (HINKLE, 1987). Su respuesta a una amenaza a su integridad se base en la evaluación de la información recibida. Esta respuesta no se produce al azar y de forma inespecífica, sino dirigida, y tan específica como los mecanismos efectores del organismo pueden darla. En cualquier caso, la investigación

actual necesita realmente de una teoría transaccional tanto del estrés como de la propia personalidad que permita entender los efectos del constante juego interactivo entre una persona dinámica y su entorno siempre cambiante, y, en consecuencia, la emergencia de la enfermedad como uno de tales efectos, como respuesta final ante un conjunto de acontecimientos que son interpretativos como estresantes (MAES, VINGERHOETS & VAN HECK, 1987).

El tema del cuidado psicológico y social del paciente antes y durante la hospitalización constituyó un tercer núcleo temático de la conferencia, de interés relevante desde una perspectiva psicológica. El cuidado psicológico puede ser considerado como una serie de procedimientos técnicos o como un conjunto complejo de servicios que el hospital ofrece a sus pacientes potenciales y reales. El hospital puede ofrecer esencialmente dos tipos de cuidado psicológico. Uno es bastante global, el otro bastante específico. El tipo más general de cuidado psicológico tiene que ver con la atmósfera que el paciente experimenta. Ésta tiene que ver específicamente con el trabajo del personal de enfermería y con la sensibilidad y presencia de una buena comunicación del personal auxiliar en las salas, así como la disponibilidad de los servicios de ayuda de los trabajadores sociales. El segundo tipo de cuidado psicológico, menos general, consiste en un conjunto estructurado de procedimientos dirigidos a necesidades y tareas específicas y se caracterizan por la presencia de objetivos definidos. Unos tienen que ver con la preparación para la hospitalización, o más típicamente, con procedimientos centrados en el hospital tales como el trasplante de riñón, de corazón, y otros. Otros están pensados para resolver problemática asociada al estar enfermo y ser hospitalizado (por ejemplo, la identificación de problemas familiares pre-existentes o nuevos, pérdida de ingresos o incluso de empleo, reacción de los niños a las discapacidades de sus padres, y la gama completa de aspectos emocionales asociados con la enfermedad y la muerte).

La preparación para la hospitalización y la hospitalización misma son temas de una literatura cuantiosa que señala que las metas del cuida-

do psicosocial en cuanto al bienestar del paciente como una persona, deben incorporar a la familia en la medida de lo posible, en un modelo menos individualista que el utilizado más tradicionalmente asumiendo en todo momento el propio trabajo que el paciente lleva a cabo para colaborar en el proceso terapéutico. Esta idea básica tiene su expresión en la consideración del cuidado psicosocial en el hospital como un trabajo con dos ejes: uno longitudinal y otra latitudinal. En la dimensión latitudinal de cuidado del paciente hospitalizado es útil pensar en qué está ocurriendo en las vidas de los pacientes, sus familias, e incluso en la comunidad, además del hecho de padecer una lesión o enfermedad, y en qué efectos tiene la enfermedad y la hospitalización sobre la escuela o el trabajo, o sobre la exigencia de un cambio en la autoimagen con pacientes que han acabado por ser enfermos crónicos o permanentemente incapacitados. La dimensión longitudinal se expresa cuando preguntamos sobre la formación de actitudes intergeneracionales (p. ej., cómo transmiten los padres sus actitudes a sus hijos), o sobre qué ha internalizado el paciente de su experimentación del hospital, etc. (FALCK, 1987).

En cualquier caso, el objetivo básico de los programas del cuidado psicológico y social del paciente hospitalizado viene a ser la creación de un papel positivo y activo para los pacientes (y sus familiares) en el hospital y esto requiere, como es obvio, un replanteamiento de los modelos de medicina y enfermería, su replanteamiento de los aspectos de bienestar y terapéuticos del cuidado para hacerlos consonantes con una aproximación centrada en el paciente, la necesidad de modificar la insularidad de los hospitales para evitar la discontinuidad para el paciente y la fragmentación del cuidado por parte del personal; y la reeducación del personal médico y de enfermería vía discusión e investigación interdisciplinar (HALL, 1987).

El cuarto grupo ha comprendido los trabajos presentados en torno al tema de los equipos de atención primaria de salud. Desde la perspectiva de lo que hoy se llaman «humanidades médicas», el equipo de atención primaria de salud tiene una coloración normativa a dos niveles: a un nivel socio-profesional, el concepto de equipo de atención prima-

ria depende de valores extra-profesionales (por ej. de la asunción por parte de la sociedad de las exigencias de la justicia social, de su apoyo económico a ciertas prioridades para los servicios de salud), y de valores profesionales tales como autonomía y autonomía y autoridad; al nivel de los encuentros clínicos cara a cara, las cuestiones para mantener accesibilidad interpersonal y moral. Con este segundo nivel se concreta la versión de la cuestión de la viabilidad del concepto de grupo de atención primaria de salud que se liga a las dimensiones interpersonales del encuentro clínico. La investigación futura sobre el funcionamiento de los equipos de salud primaria debería centrarse en esas cuestiones normativas más que sobre las dimensiones burocráticas y logísticas del equipo de atención que predominan actualmente en la literatura profesional.

La mejor manera de concebir la relación entre ambas versiones es pintar tres círculos concéntricos. En el centro, el círculo más pequeño representa el encuentro cara a cara entre el paciente y un profesional de la salud. Aquí se comprueban más directamente las dimensiones comunes, interpersonales y culturales de la accesibilidad. Un círculo más grande representa las relaciones interprofesionales y los valores intraprofesionales al respecto, p. ej. autonomía e interdependencia, actitudes hacia poblaciones particulares de pacientes, etc., que tienen que ver con el cuidado de los pacientes en el sistema de cuidado de salud actual. Finalmente el círculo más amplio representa los valores sociales y políticos que moldean el sistema de cuidado de salud como un todo y con los cuales, el concepto de atención primaria puede ser más o menos congruente en un momento histórico dado.

La viabilidad del concepto de equipo de atención primaria de salud puede ser problemática a cada uno de esos niveles.

Por otro lado, la viabilidad del concepto de Equipo de Salud Primaria se ve afectada por dos grupos de factores: el primero está relacionado con problemas de la mano de obra sanitaria en los países en desarrollo con sus causas económicas subyacentes. El segundo grupo de factores se asocia con la viabilidad del concepto de Equipo de Salud Primaria en general, y que refiere a la des-

centralización, colaboración intersectorial y participación comunitaria que afectan a la viabilidad del concepto de Equipos de Salud Primaria (BARNARD, 1987; BOERMA, 1987).

Un quinto grupo de trabajos trató de la ética y política médica y dentro de este apartado he clasificado también, función de una clara afinidad, los trabajos referidos a lo que en la conferencia se ha denominado «el abuso político de la medicina». No hay un concepto definido de tal «abuso», y, en este caso, el grupo de trabajo lo definió por vía negativa, partiendo de uno de los puntos de la Declaración de Tokyo de 1975 de la Asociación Médica Mundial, que dice: «Es privilegio del médico (o del profesional de la salud) practicar la medicina al servicio de la humanidad, preservar y restaurar la salud corporal y mental sin distinción de personas y procurar hacer más cómodo y tolerable el sufrimiento de sus pacientes... El respeto por la vida humana debe ser mantenido incluso bajo amenazas, y no se utilizará el conocimiento médico contra las leyes de la humanidad». Pues bien, cuando el poder político, en cualquiera de sus formas, o niveles o manifestaciones fuerza la violación de lo declarado, nos encontramos con el abuso político de la medicina. Por ejemplo, cuando se interna a los llamados «disidentes» en hospitales mentales, etiquetándolos como «mentalmente enfermos» y se fuerza al personal médico y de salud para que los trate con potentes psicofármacos, eso es abuso político de la medicina. Cuando un profesional de la salud trabaja en un barrio marginal, zona «fronteriza» de una gran ciudad, y su trabajo es etiquetado como «subversivo» justo porque tal trabajo profesional y no político, se lleva a cabo en un área o sobre un colectivo cuya existencia el gobierno niega, o porque plantea problemas a las autoridades, eso es abuso político de la medicina. Por otro lado, cuando cualquier profesional de la salud participa activamente o pasivamente en la tortura, eso es abuso político de la medicina y de la ética profesional.

La práctica de la medicina ha sido usada en ocasiones para promover fines políticos que pueden haber ido en detrimento de la salud. Hay muchas vías por las cuales el poder político puede interferir con una práctica correcta: permitiendo que la política sanitaria se vea influenciada



por consideraciones políticas no democráticas; usando los servicios de salud para recompensar o castigar a los partidarios o adversarios políticos; implicando a los profesionales de la salud en actos políticos que contravengan la ética médica aceptada; y apoyando prácticas médicas convencionales que perpetúan desigualdades en salud y en servicios sociales. El grupo de trabajo en cuestión propugnó el establecimiento de vías de actuación para oponerse al abuso político de la medicina, en el convencimiento de que «no actuar es actuar y no resistir es participar» (HANAUSSKE-ABEL, 1986; ZWI, 1987).

He dejado al final los comentarios sobre el grupo de trabajo que se planteó el problema de salud de más actualidad quizás: el del SIDA. El SIDA, como una nueva enfermedad de transmisión sexual e incurable por el momento, está teniendo unas repercusiones sociales importantes todavía no explicitadas totalmente y por tanto puede ser calificada como un fenómeno social. Se pueden describir reacciones legales, económicas, políticas y comportamentales tales como la estigmatización, cambios en el papel de enfermo y el crecimiento de organizaciones voluntarias y colaboración internacional al respecto. El SIDA tiene implicaciones éticas, legales, internacionales y económicas de las que la sociedad

sólo comienza ahora a tomar conciencia como la epidemia que continúa y llega a su pandemia. Más que cualquier otra enfermedad parece ser el resultado de unas conductas de riesgo y tener un potencial para alterar la conducta humana y a la sociedad de formas que son difíciles de predecir actualmente. ¿Cuáles por ejemplo podrían ser los efectos del posible número creciente de demencias en cuanto el virus afecte los cerebros de millones de jóvenes que ahora son portadores, como se ha demostrado que el VIH ataca el sistema nervioso central en los estados tempranos de infección? (BENNETT, 1987). La conclusión más obvia es que el abordaje de esta enfermedad debe ser fundamentalmente desde unos presupuestos psicológicos y sociológicos cuya consideración es inevitable para el diseño de cualquier campaña de prevención y/o intervención que pretenda ser eficaz.

El marco de la Conferencia acogió todavía algunos temas más cuyo repaso aquí puede resultar tedioso. Creo que con lo dicho basta para subrayar la importancia creciente que en el mundo de la salud se va otorgando a las dimensiones psicossociales, y, en consecuencia, la relevancia, cada día mayor, que las ciencias socio-comportamentales tienen para la medicina.