

/capítulo 27/

Psicología social de la salud

J. Seoane Rey

Introducción

La preocupación por los aspectos sociales que influyen de alguna manera en la salud mental no tiene un origen claro ni una fecha determinada. Cualquier época, acontecimiento o contexto social que se utilice como principio de las orientaciones sociales sobre la enfermedad mental, depende siempre de la intención que se pretenda al realizar el panorama de este campo. En algunos casos se intenta comenzar esta historia en la Europa de finales del siglo XIX, fijándose en el nuevo tratamiento moral de los pacientes psiquiátricos hospitalizados, pero también existe la fascinación por los nombres personales y entonces se menciona, por ejemplo, el trabajo de Adolf Meyer (1866-1950) como el pionero en el interés por la importancia de los factores sociales, o a George Engel por la defensa del modelo biopsicosocial en su famoso trabajo de 1977.

Existe también la posibilidad de ampliar los horizontes históricos y hacer un recorrido que comienza con las relaciones entre medicina, magia y religión, en cuyo caso nos enfrentamos a un largo paseo por la prehistoria, el Egipto clásico, el budismo, la filosofía griega y otras muchas culturas que, sin duda alguna, aportaron perspectivas y sugerencias básicas a los temas sociales de la enfermedad y la salud mental. Tanto la filosofía como la medicina occidental aportaron autores y escuelas difíciles de ignorar en este campo de problemática social.

Sin embargo, es evidente que estos enfoques están fuera del alcance y de las pretensiones del presente capítulo. Nuestro objetivo es bastante más modesto desde el punto de vista histórico, aunque igualmente complicado en cuanto al panorama conceptual. Se trata de exponer con cierto orden y claridad la perspectiva actual de las bases sociales de la salud mental. Y aun esta pretensión tiene restricciones importantes, porque los fundamentos sociales tienden hoy día a entenderse en un sentido muy amplio, abarcan prácticamente todo lo que influye en la enfermedad mental y no sean factores biológicos en sentido es-

tricto. En nuestro caso, los factores sociales se limitan en gran medida a la psicología y, en especial, a la psicología social. En definitiva, pretendemos resumir y valorar el estado actual de las cosas en el área de la psicología social de la salud mental.

Junto con las limitaciones históricas y conceptuales, es necesario también hacer alusión a las fronteras entre disciplinas. Hubo un tiempo en que era suficiente con establecer el objeto y el método de cada una para dejar muy claras las fronteras entre ellas. Esos tiempos ya pasaron y es evidente que en la actualidad tienen límites tan difusos que resulta fácil atravesarlas sin necesidad de enseñar ningún tipo de pasaporte. Eso significa que, por mucho que nos empeñemos en permanecer dentro de la psicología social, estaremos continuamente haciendo incursiones por otras muchas áreas afines. Las bases sociales de la salud mental están penetradas ampliamente por la psiquiatría social, la sociología, la psicología médica, los enfoques epidemiológicos, antropología de la sociedad actual, psicología social, psicología de la personalidad, por mencionar sólo las más evidentes, de modo que pretender mantenerse en un lugar concreto es pura fantasía.

En lugar de preocuparse por la geografía del conocimiento, es importante preguntarse cómo surge el amplio interés actual por los factores sociales de la salud y la enfermedad mental, hasta el punto de convertirse en un foco de actividad profesional de primer orden. Ése puede ser un buen punto de partida.

Planteamientos psicológicos sobre salud mental

Una de las críticas más frecuentes que se hacen a los planteamientos iniciales de la llamada psicología científica o experimental es que estudió principalmente a sujetos varones, adultos, occidentales y aparentemente normales. Es decir, al varón típico de la cultura del momento. Bajo este punto de vista, resulta difícil relacionar la psicología científica con la preocupación por los problemas de la salud y la enfermedad, más bien habría que afirmar todo lo contrario, que su objeto de estudio se centra en la normalidad por excelencia. En consecuencia, si en sus orígenes está excluida la anormalidad bajo todas sus perspectivas, entonces habría que pensar que el campo de la salud aparece en otra etapa psicológica posterior y por razones distintas a su propia fundación. La crítica es cierta en términos generales, pero existen algunos matices que debemos tener en cuenta.

En primer lugar, una gran parte de los que se consideran fundadores de la psicología científica tenían una sólida formación médica, además de otros intereses casi siempre relacionados con la filosofía. Basta recordar, por ejemplo, que los iniciadores de la psicofísica habían estudiado medicina, Ernst H. Weber (1795-1878) en Heidelberg y Gustav T. Fechner (1801-1887) en Leipzig. También Wilhelm M. Wundt (1832-1920), siempre mencionado por establecer el primer laboratorio de psicología experimental, era médico en Heidelberg. La lista de médicos en estos orígenes

nes de la psicología científica y durante bastante tiempo después, sin necesidad de recurrir al caso de Sigmund Freud dentro de otra tradición, es suficientemente larga como para sospechar que no podían estar alejados por completo de las preocupaciones patológicas, las alteraciones funcionales o los comportamientos anormales. Es cierto que la psicología experimental, en sus inicios, perseguía la mente del ser humano normal, pero al menos siempre tuvo en cuenta que las anomalías, tanto en los contenidos como en los procesos, eran una fuente importante de contraste e investigación de la normalidad.

Por otro lado, sería un error limitar los comienzos de la psicología a sus planteamientos experimentales, porque existieron otros marcos teóricos igualmente importantes y más cercanos a las preocupaciones sociales y, por tanto, que se integraron en mayor medida con las preocupaciones por el bienestar, la salud y la enfermedad de las personas y los grupos. Siempre hay que recordar que el propio Wundt completó su proyecto psicológico fuera del laboratorio, al escribir en 10 volúmenes una *Psicología de los pueblos* (1900-1920) que tenía mucho contenido social y muy poco experimental. Los inicios de una psicología social de la salud, en la trayectoria que hoy reconocemos como tal, tienen su origen en las crisis y cambios sociales que se produjeron en distintos países durante la revolución y el desarrollo industrial, así como en otros replanteamientos paralelos del viejo orden social y político.

orígenes sociales de la salud mental

Las teorías sociales modernas hay que entenderlas siempre en relación con todos los acontecimientos que se producen alrededor del siglo XVIII, cuyo denominador común es la paulatina transformación de la vida campesina en un nuevo orden urbano, más orientado hacia la organización racional de la sociedad y con un claro rechazo hacia los modos aristocráticos del antiguo orden. Una buena parte de estos acontecimientos se hacen sentir en las concepciones teóricas del siglo XIX y en las formulaciones científicas de principios del XX, con un impacto diferente según la situación histórica y los problemas concretos de cada país. No es nada exagerado afirmar que todas esas concepciones sociales y formulaciones teóricas están en la base del desarrollo de las ciencias sociales hasta prácticamente la Segunda Guerra Mundial, momento en que las prácticas profesionales ya están tan cristalizadas que necesitan un nuevo replanteamiento.

Dentro de este marco de interpretación general, siempre se reconoce (1) que Inglaterra se apoya en el rápido crecimiento industrial para construir su modo de entender la sociedad, desde un punto de vista evolucionista y utilitario. Francia, por otro lado, está marcada por los trastornos sociales que implican a las muchedumbres y que orientan su interpretación hacia el comportamiento irracional e inconsciente. Alemania, que por entonces está dividida social y políticamente, se lanza a la búsqueda de un carácter nacional que la unifique y hacia un inconsciente colectivo más cultural que irracional. América recibe casi todas es-

tas influencias europeas, pero las entiende desde su propia perspectiva peculiar que subraya los problemas del progreso, la reforma social y las difíciles relaciones personales de las gentes con diferente origen y alejadas por enormes distancias geográficas. El factor común de toda esta época es la necesidad de adaptación social, cada uno según sus necesidades, ante unos cambios que producen marginación, enfermedades sociales y fracasos personales.

La salud mental no es, en general, una preocupación en sí misma de todas estas orientaciones sociales. Sin embargo, casi todos los teóricos que las representan tienen que enfrentarse a la inadaptación, las crisis sociales y personales, las enfermedades sociales y su explicación individual o colectiva. Es fácil encontrar ejemplos. Francis Galton (1822-1911), en Inglaterra, se preocupa por las diferencias individuales que tan necesarias eran para el desarrollo de las ocupaciones industriales. Su concepción general era el darwinismo, pero la transmisión hereditaria de las capacidades mentales le lleva a postular una sociedad más sana y productiva mediante programas de crianza selectiva para seleccionar a los mejores. Esta orientación eugénica, con todas sus críticas y variantes, influyó de forma decisiva en muchos modelos psicológicos y prácticas sociales sobre la salud mental hasta hace relativamente poco tiempo. Rechazada por muchos, afortunadamente, sin embargo pervive de forma encubierta en múltiples explicaciones sobre la enfermedad mental.

La orientación francesa está llena de ejemplos en los que la teoría social repercute en la concepción de la salud mental. El propio Gustav Le Bon (1841-1931), médico de formación y preocupado por el comportamiento irracional y emotivo de las muchedumbres, entiende que la locura individual se explica por una escasa incorporación del individuo dentro del grupo, mientras que la locura colectiva es todo lo contrario porque, en ese caso, los individuos se integran exageradamente dentro de una muchedumbre. Pero también Gabriel Tarde (1843-1904), el influyente teórico social que desarrolló el concepto de imitación y su repercusión en las modas y el público, se preocupó por la salud mental desde el punto de vista delictivo, defendiendo que la conducta criminal estaba más relacionada con factores sociales que genéticos, justo al revés de lo que muchos pensaban en su época. Émile Durkheim (1858-1917) es otro de los ejemplos más conocidos puesto que, por un lado, se le considera uno de los principales fundadores de la sociología moderna y, al mismo tiempo, se le conoce en los ámbitos psiquiátricos y en los estudios de salud mental por su famoso trabajo sobre el suicidio y la anomia, explicados por características sociales externas al individuo, inaugurando así un nuevo marco explicativo para la salud mental.

La tradición alemana de la época está prácticamente dominada por la filosofía de Hegel, pero su repercusión directa o indirecta en la teoría social alcanza a muchos pensadores y orientaciones. Karl Marx (1818-1883), por ejemplo, está demasiado limitado en la actualidad por sus implicaciones políticas posteriores, pero tampoco puede olvidarse como teórico social que influyó

en múltiples aspectos de la psiquiatría, la psicología y la sociología. Basta recordar ahora su concepto de alienación, ya sea de la naturaleza, del trabajo, de uno mismo o de los demás, como uno de los conceptos que repercute más adelante en muchos modelos sobre la enfermedad y la salud mental, a veces con ese término y otras bajo nombres diferentes como extrañamiento, distanciamiento o desarraigo. Max Weber (1864-1920) es otro ejemplo de la preocupación por los cambios sociales y económicos que repercuten en la vida de los individuos. Su análisis de las religiones y, en concreto, de la ética protestante sirvió de inspiración y análisis a muchos psicólogos y sociólogos posteriores, que construyeron modelos sobre la necesidad de éxito, el miedo al fracaso, el nivel de aspiraciones o la motivación de logro para explicar la mejor o peor adaptación del individuo ante las exigencias de la sociedad.

El caso de Estados Unidos es todavía más claro en cuanto a su relación entre los planteamientos sociales iniciales y la preocupación por el bienestar individual y colectivo, incluyendo especialmente la salud y el ajuste psicológico de las personas. El origen de la mayor parte de sus universidades, departamentos de sociología y economía, o de psicología social, se debe al esfuerzo de los reformadores sociales, casi siempre de inspiración religiosa, preocupados por los problemas de la inmigración pobre, la marginación social o el contacto y los prejuicios entre razas y culturas distintas. Bajo este punto de vista, más que buscar ejemplos concretos hay que hablar de una trayectoria continua de preocupación por el bienestar, la salud y la adaptación de las personas. Desde la defensa del grupo primario frente a la conflictividad de la vida urbana de Charles Horton Cooley (1864-1929), o los estudios sobre las actitudes y el desarraigo de los inmigrantes polacos de W. I. Thomas (1863-1947), pasando por los estudios sociológicos sobre la ciudad y sus conflictos mediante una observación participante de Robert Park (1864-1944), hasta llegar a la dinámica de grupos de Kurt Lewin (1890-1947) como una especie de terapia social democrática para la resolución de conflictos sociales, étnicos y personales, casi todo el pensamiento social norteamericano se enfoca hacia el bienestar y la salud de los individuos y los grupos. Hasta el psicoanálisis, con toda su carga clínica y terapéutica, se traduce a problemática social con Karen Horney (1885-1952), Harry Stack Sullivan (1892-1949) y Erik Erikson (1902-1990).

La psicología tuvo orígenes experimentales, pero también fue eminentemente social desde sus comienzos. Y la salud o la enfermedad, lo normal o lo patológico, tuvieron siempre cierto lugar en sus planteamientos, ya fuera como ejemplo negativo para los estudios de los procesos psicológicos o como preocupación por los cambios sociales y su impacto en la sociedad y los individuos. Sin embargo, es cierto que esos ejemplos no constituyen una psicología de la salud mental, al menos hasta que las dos grandes guerras no presionan a los gobiernos y las sociedades para que se preocupen institucionalmente de la salud mental de sus ciudadanos, ya sea bajo la perspectiva de enfermedad, ajuste o bienestar psicológico y social. Eso ocurre básicamente en la década de 1950 y, con el desarrollo económico de la década de 1960,

queda plenamente constituida una psicología social de la salud mental.

psicología social de la salud mental

En el año 1969 aparece la segunda edición del *Handbook of Social Psychology*, editada por Gardner Lindzey y Elliot Aronson en cinco grandes tomos. Sin duda alguna, la edición más completa y mejor estructurada de las cuatro que existen hasta la actualidad, a punto de que aparezca la quinta edición. Esa segunda edición es la única que dedica un capítulo específico a la psicología social de la salud mental, un campo que se distribuye a lo largo de otras áreas en las ediciones posteriores. El encargo que reciben Howard E. Freeman y Jeanne M. Giovannoni (2) para analizar y valorar el área de estudio, se debe a que ya era el momento de darle entrada oficial a los múltiples trabajos e investigaciones sobre salud mental que los psicólogos sociales llevaban realizando desde hacía tiempo, pero muy especialmente a partir de la Segunda Guerra Mundial.

Sin embargo, y a pesar del enorme impulso e indudable interés social del campo, los planteamientos y las conclusiones de Freeman y Giovannoni no son especialmente optimistas. Por un lado, reconocen que los psicólogos sociales no consiguen estar de acuerdo ni en el significado de salud mental ni con las fronteras que delimitan el nuevo campo de estudio, un problema importante para una época en la que todavía existían escrúpulos teóricos pero que más adelante dejará de tener el menor interés para la práctica profesional. Por otro lado, la valoración final del estudio tampoco es muy positiva, porque afirman que es un campo donde existe muy poca integración, que tiene muchas dificultades para realizar una experimentación seria y adecuada, llena de prejuicios sociales y con una creciente presión institucional y del público en general para conseguir resultados urgentes y eficaces para la salud. Es evidente que el panorama era muy conflictivo, aunque también existía mucha ilusión por superarlo y progresar en el desarrollo de esta nueva disciplina.

Es cierto que la salud mental tiene múltiples significados y no todos fácilmente compatibles. El punto de vista médico, el psicológico y el propiamente social tienen pocas cosas en común, al menos en principio. La salud mental como fenómeno médico está concebida dentro de un continuo que va desde el equilibrio óptimo hasta la inestabilidad mental grave, desde la salud hasta la enfermedad, una dimensión siempre problemática pero que, al final, es la que permite todo tipo de clasificaciones y taxonomías patológicas. Además, permite establecer el diagnóstico, una prioridad de la medicina tanto legal como social que autoriza todo tipo de certificaciones, desde la hospitalización hasta la baja laboral (v. cap. 3).

La perspectiva psicológica de la salud mental no está tan fuertemente vinculada a una dimensión única de salud y enfermedad. puesto que puede estudiar la alteración de procesos aislados como la atención o la memoria, sin tener en cuenta el resto de procesos psicológicos. Es posible que sea la investigación en e

campo de la personalidad la que acepte mejor la integración de sistemas utilizando, en paralelo a la medicina, la dimensión de normalidad-anormalidad, pero siempre desde criterios con un origen muy distinto al de los médicos (3).

Por el contrario, desde el punto de vista social la salud mental adopta criterios menos intrapsíquicos y más interpersonales o colectivos. La evaluación social de la salud y la enfermedad se realiza aquí en función de las creencias, actitudes y valores de los individuos y sociedades, el desempeño más o menos ajustado de los distintos papeles sociales y sus expectativas correspondientes, así como por las prescripciones normativas de la comunidad. Por lo tanto, unos criterios bastante más relativos y dependientes de la interacción social que los utilizados desde el punto de vista médico o desde la psicología de tradición experimental. Al menos, ésa era en apariencia la situación durante la década de 1960, aunque en la actualidad ya no está tan clara por la desaparición nítida entre los límites teóricos y por la aparición de nuevas perspectivas de estudio, como por ejemplo la psiquiatría social (4, 5), que utilizan criterios múltiples en la investigación de la salud mental.

Al margen de los distintos significados de la salud y la enfermedad mental, es evidente que ya en la década de 1960 existía gran cantidad de investigaciones sobre las actitudes y opiniones que la sociedad tenía sobre la enfermedad mental. Es interesante observar que no se trata de lo que fuera «en realidad», sino de estudiar las características sociales, las preconcepciones y prejuicios, los estereotipos y estigmas, que incidían sobre los etiquetados como mentalmente enfermos. Un enfoque que tendrá más amplia repercusión en décadas posteriores y que, al margen de las realidades científicas, adopta el criterio de que es real todo lo que repercute sobre la realidad.

Sin embargo, hay que reconocer que la mayor parte de la investigación realizada hasta esa época estaba dirigida hacia los factores etiológicos de la enfermedad mental. Existían amplios resultados, aunque nunca definitivos, procedentes de la investigación ecológica, es decir, estudios que relacionaban la enfermedad mental con la distribución espacial de las poblaciones locales, tal y como los definen Freeman y Giovannoni (2). El interés más clásico residía en las diferencias entre las poblaciones urbanas y rurales, preocupación que ya comentamos en los orígenes sociales de la salud mental y que provenía de los esfuerzos de adaptación en la sociedad industrial primitiva. Pero también se estudiaron regiones dentro de la propia ciudad que parecían relacionadas con distinto tipo de alteraciones y prevalencias.

El aislamiento social también desempeñó un papel importante dentro de los desencadenantes posibles de la enfermedad mental. Se consideran perjudiciales para la salud mental todos aquellos factores que reducen la «cantidad» de interacción social o que perjudican la calidad de las relaciones interpersonales, una relación entre el aislamiento y la enfermedad mental que tuvo su origen especialmente en los estudios sobre esquizofrenia, pero que luego se generalizó a otras muchas alteraciones.

Junto con el aislamiento social, también se considera perjudicial o desencadenante de todo tipo de crisis de salud mental cualquier otro factor que impida o dificulte una plena adaptación y

una utilización adecuada de los recursos sociales que están, en principio, al alcance de cada uno. Por eso los cambios sociales siempre estuvieron en el punto de mira de las investigaciones sobre salud mental, en la medida en que pueden provocar desajustes en el individuo y en grandes grupos sociales al no adaptarse adecuadamente a los nuevos papeles que la sociedad les exige. Lo mismo que ocurre con la clase social, que siempre ha sido un factor de estudio relacionado con la enfermedad mental, interpretado a veces como un factor estructural que incide en el estilo de vida o simplemente como un factor de riesgo ante las carencias de apoyo social suficiente (6).

Sin embargo, al margen de cualquiera que sea el factor etiológico investigado, la institución social más estudiada en relación con la salud y la enfermedad mental ha sido, sin duda alguna, la familia (7). Considerada durante mucho tiempo como la unidad básica de socialización, algo que en la actualidad ya sería discutible, la familia fue analizada bajo todas las perspectivas teóricas y profesionales como el posible origen de muchos trastornos de personalidad que inciden posteriormente en la salud mental. Aunque la investigación nunca fue totalmente concluyente al respecto, lo cierto es que desde la década de 1930 y hasta finales de la de 1960, cuando empieza ya a proliferar una amplia variedad de formas distintas de convivencia, la estructura tradicional de la familia fue el marco más recurrido para la búsqueda y captura de todo tipo de factores que incidían en la salud mental. Solamente el hospital mental es la otra institución que pudo competir con la familia como marco social para la investigación del origen y desarrollo de una gran parte de las llamadas enfermedades mentales.

En definitiva, el panorama de la psicología social de la salud mental durante la década de 1960, perfectamente descrito en el trabajo de Freeman y Giovannoni (2), puede resumirse diciendo que es la época en que se institucionaliza definitivamente como área de estudio, marcada por la influencia teórica de los pensadores sociales del siglo XIX y con suficientes investigaciones empíricas como para justificar un lugar adecuado, aunque todavía modesto, dentro de las ciencias sociales. Aunque también es cierto, como ya mencionamos, que falta una integración adecuada en el estudio y una mayor claridad conceptual en los términos básicos. Pero también existen fuertes esperanzas de superar estos problemas y muchas expectativas ante los resultados prácticos que puedan alcanzarse en el futuro.

Formación básica en salud mental

En la década de 1970 ya estaban planteadas prácticamente todas las bases teóricas de la psicología social de la salud mental o, si se prefiere, las bases psicosociales de la psiquiatría. En cuanto a las investigaciones empíricas, se desarrollaban cada vez más a través de las universidades y de las líneas preferentes de los sistemas de salud, crecientemente preocupados por el bienestar de

los ciudadanos y por los nuevos conflictos sociales que surgían en una sociedad de tipo postindustrial (8). El único interrogante importante de esos años era la forma de evolución del campo profesional. Aunque ya estaba acuñada la disciplina o, al menos, el área de trabajo, no estaba muy claro todavía cómo debían formarse los nuevos profesionales y en qué tipo de puestos tenían que ejercer sus conocimientos.

Como casi siempre que se plantea este problema, cuando se dispone de un nuevo conocimiento que todavía no está suficientemente enfocado para su aplicación social, la solución se buscó a través de los planes de enseñanza y los cursos de formación. Si se conseguía establecer una enseñanza institucionalizada, junto con los manuales adecuados y las revistas especializadas, era de suponer que los licenciados en esas enseñanzas conseguirían puestos profesionales y una definición ocupacional. Ésa es la razón por la que proliferan por esa época manuales y textos que intentan reunir todos los materiales necesarios y la evidencia suficiente para la enseñanza y formación de especialistas. Aunque todavía existía preocupación por la integración teórica de los conceptos sobre salud mental y por la presión social para aportar resultados de urgencia, predominó sin embargo la acumulación académica de lecciones para definir el objeto de estudio y el probable éxito social de la nueva profesión.

Un ejemplo claro de ese interés por la enseñanza y por la fundamentación teórica del campo de trabajo es el libro editado por Alfred Dean, Alan M. Kraft y Bert Pepper (9), *The social setting of mental health*. El punto de partida y la preocupación básica de esta obra, al igual que ocurre en bastantes otras de la época, es que la medicina tiene un conocimiento teórico y empírico bien definido y suficiente como para fundamentar el diagnóstico y el tratamiento, pero el diagnóstico social es ambiguo y poco preciso porque se utiliza como algo conocido por todos, fácil de entender y de aplicar, sin necesidad de una enseñanza y un entrenamiento previos. En consecuencia, es necesario subrayar la necesidad de estructurar adecuadamente la enseñanza de los factores sociales sobre los que se apoya la salud o la enfermedad mental.

Puede planificarse la enseñanza de las bases psicosociales de la salud mental de muchas formas diversas, pero casi siempre acaba por cristalizar alrededor de tres o cuatro grandes áreas de formación teórica, como ocurre en la obra ya citada de Dean, Kraft y Pepper (9), pero que también aparecen en todos los libros posteriores bajo categorías más o menos semejantes (10). Por un lado están los conceptos psicosociales de larga tradición y de carácter básico, los bloques de construcción como dicen los anglosajones. En segundo lugar, aparece el contexto del tratamiento ya sea bajo el punto de vista hospitalario, en el trabajo del pequeño grupo o como proceso de interacción interpersonal. La tercera área acostumbra a enfrentarse al sistema de salud mental dentro del marco de la sociedad, tanto en su vertiente de política social como en la perspectiva de investigación sociológica.

En cuanto a los conceptos psicosociales básicos, la lista puede ser relativamente amplia, pero casi siempre figuran en ella la cultura, los conceptos de estatus y rol, los grupos primarios,

la socialización, la estratificación social y la familia. Esta serie puede ampliarse, alterarse o analizarse mediante otros conceptos jerarquizados, pero el enfoque siempre consiste en convertirlos en conceptos técnicos y específicos del área, destacando el error que puede cometerse si se utilizan en sentido familiar o vulgar. Por esa razón es frecuente fundamentarlos mediante la autoridad de los clásicos y, como hacen Dean, Kraft y Pepper (9), recurrir a las citas o textos originales de Clyde C. Kluckhohn (11), Daniel J. Levinson (12) o Ruth Benedict (13), por mencionar algunos ejemplos.

La perspectiva del tratamiento, bajo el punto de vista social, está enfocada casi siempre hacia el contexto del hospital como una estructura compleja y organizativa, pero también bajo el punto de vista de la comunidad terapéutica o de la dinámica de grupos y los equipos de trabajo. En cualquier caso, el enfoque aquí consiste en conseguir cierto equilibrio, con más o menos éxito, entre los factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen al tratamiento como un sistema social integrado.

Por último, el apartado correspondiente al sistema de salud mental abarcaría el estudio de las diversas perspectivas de la epidemiología, los temas relacionados con la prevención, los programas de intervención en crisis, junto con diferentes aspectos de la política social de la salud mental, sin olvidarse de todas las críticas hacia los prejuicios, las etiquetas sociales, el impacto de los rótulos de enfermedad mental o el conflicto permanente del individuo frente al control social.

La década de 1970 es la época de la institucionalización de la psicología social de la salud mental y, en consecuencia, de la organización de la enseñanza, el problema de la formación y el entrenamiento de profesionales. Sin embargo, pocos se dieron cuenta de que el concepto de salud mental, cuyo significado todavía permanece abierto, iba a quedarse corto ante los nuevos planteamientos de una sociedad orientada principalmente a la atención de los demás, al consumo de servicios y al bienestar subjetivo de una serie de movimientos y colectivos que se hacían cada vez más visibles gracias al desarrollo económico. Ésa es la razón por la que la salud mental tenía que enfrentarse primero a una generalización de objetivos y a una fragmentación de contenidos que le llevarían ante otras perspectivas.

Construcción social de la salud y la enfermedad mental

Durante la década de 1970, además del intento de fundamentar en la academia nuestro campo de estudio, ocurrieron otras cosas que significaron un giro importante en las perspectivas y en los conceptos de la salud mental, y que evolucionaron por el mismo camino hasta finales de la década de 1980. De hecho, pueden utilizarse dos acontecimientos sociales como el comienzo y final de este período, siempre y cuando se interpreten como símbolos y no tanto en su contenido real. Nos referi-

nadas formas de desviación. Este enfoque trabaja sobre el supuesto de las cualidades objetivas de la desviación y la metodología empírica del descubrimiento de los factores causales de las conductas desviadas.

Sin embargo, durante las décadas de 1970 y 1980 se desarrollan nuevos enfoques hacia la desviación social, algunos de los cuales tienen viejos antecedentes pero que afloran con fuerza en esta época. En términos generales, este nuevo enfoque tiende a destacar las consecuencias sociales de la desviación y a considerarla como una etiqueta socialmente construida en muchos de sus aspectos centrales. Las reacciones de la sociedad o de los supuestamente normales resultan tan importantes como el comportamiento de los llamados desviados para la comprensión del fenómeno, porque la desviación social se entiende principalmente como un juego dinámico o interactivo de actores en lugar de enfocarla en términos etiológicos de individuos aislados.

Este cambio de enfoque hay que entenderlo dentro de las características de la época, algunas de las cuales insinuamos anteriormente, una época que se preocupa de recoger viejas teorías con la finalidad de justificar su nueva sensibilidad (17), como por ejemplo el concepto de desviación secundaria (18) que hace referencia a las autoconcepciones y estilos de vida derivados de verse como desviado social. Pero también se recurre a otros conceptos relacionados, como al de estigma de Erving Goffman (19) que se utiliza principalmente para la comprensión social de los discapacitados físicos, pero que pronto se generaliza a todo tipo de desviaciones sociales y a la interacción de cualquier anomalía con la sociedad en la que se desarrolla. Como también ocurre con el concepto de rótulo o etiqueta (*label*), aparecido originariamente en el libro *Outsiders* de Becker (20) y que rápidamente se desarrolla como una teoría del rotulado o etiquetado, directamente contrapuesta a la orientación etiológica, en tanto que critica la importancia de los acontecimientos anteriores a ser etiquetado como desviado social, y especialmente interesada por lo que ocurre después de haber sido definido, señalado e identificado como desviado.

Los nuevos estudios sobre desviación social, junto con todos los demás conceptos relacionados con esta orientación, impactan directamente en el campo de la salud mental y hacen tambalear buena parte del clásico modelo médico, justificado especialmente en la idea de entidades patológicas. A partir de ahora y al margen de cualquier rancia sensibilidad del tratamiento moral de los pacientes psiquiátricos, la enfermedad y la salud mental se consideran enraizadas en la construcción social de estas categorías, especialmente concebidas dentro de una perspectiva interaccionista que incluye a todos los actores sociales y dentro de las coordenadas de una cultura determinada.

bases psicosociales aplicadas

La dependencia social de la mayor parte de los conceptos relacionados con la salud y la enfermedad mental tiene otros efectos significativos en esta época, además de la crítica hacia el modelo

médico y hacia la excesiva preocupación etiológica que predominaban hasta el momento. Si era cierto que los factores sociales influían de forma tan determinante en la construcción, tratamiento y reacciones sociales hacia la enfermedad mental, ¿por qué las ciencias sociales y, en especial, la psicología habían aportado tan poco a la solución práctica de los problemas relacionados con la salud mental? Esta pregunta, formulada desde múltiples perspectivas y en todos los campos de trabajo, abrió la puerta a un rosario de críticas sistemáticas hacia la metodología empleada, hacia la experimentación, el laboratorio, los sesgos estadísticos, hacia la llamada relevancia social de la investigación y hasta se incluyó entre las culpas el problema ético por la manipulación y engaño permanente de los sujetos experimentales, sin olvidar tampoco la crítica ideológica del trabajo realizado. Es frecuente describir este período como el de la crisis de la psicología social.

Junto con los efectos higiénicos de esta culpabilidad generalizada, también se produjo casi simultáneamente una reacción para superar esta situación, enfocada en este caso hacia una fiebre de aplicaciones que demostrarán la utilidad indiscutible de la psicología social. Se recurrió indiscriminadamente a todo tipo de teorías, modelos, viejos resultados experimentales, hipótesis clásicas y resultados de última hora, con tal de que mostraran algún tipo de aplicación a cualquier tipo de problema que tuviera urgencia social. El resultado de esta obsesión por la aplicación, como siempre ocurre en estos casos, es discutible, pero lo que no se puede negar es que la sociedad se encontró invadida por un amplio repertorio de técnicas psicológicas para la resolución de problemas vitales. Además, habría que añadir, que tuvieron bastante aceptación por la sociedad en general y también por las distintas administraciones e instituciones sociales correspondientes.

Existen muchas recopilaciones de la época que describen las aplicaciones de la psicología social (21), ya sea en el ámbito de la salud, el campo judicial, la delincuencia, el abuso de drogas o las conductas alimentarias, por poner sólo unos ejemplos. Pero en el campo específico de la salud mental, merece la pena destacar algunos aspectos concretos. En primer lugar, se destacó con mucha energía el impacto que el estilo de vida (22) podía tener sobre la salud y las formas de enfermar, especialmente en las enfermedades crónicas, lo que impulsó una gran cantidad de estudios sociales sobre los modos saludables de vida y recomendaciones para una psicología preventiva de la enfermedad. En segundo lugar, tuvieron mucho éxito social los análisis de las reacciones que las personas tienen ante la enfermedad o cualquier tipo de crisis de salud, así como el estudio de las suposiciones que hacen sobre las causas de su enfermedad. Estos estudios, además de las reacciones y atribuciones causales, incluían también la percepción e interpretación y elaboración de los síntomas y de los cambios producidos a lo largo de la crisis. En tercer lugar, se emplearon conceptos psicosociales para explicar la relación entre la persona y el médico o el sistema de salud, por ejemplo el mecanismo de la obediencia o la sumisión ante diversos tratamientos, los efectos de la satisfacción o los procesos de afrontamiento ante la enfermedad.

Al margen de estas líneas generales sobre el impacto de los diversos enfoques psicosociales sobre los problemas de salud, no resulta fácil establecer un listado de aplicaciones concretas en este campo o, al menos, desborda con mucho los propósitos de este trabajo. La necesidad de demostrar la utilidad de cualquier tipo de aplicación también dificulta estructurar en categorías bien establecidas los campos de trabajo. Siguiendo a Rodin (21), el listado de áreas de aplicación de la psicología social sería aproximadamente el siguiente:

1. El impacto de las variables ambientales o situacionales sobre los problemas y conductas sociales de todo tipo, más allá de las disposiciones del individuo.
2. Los estudios sobre la interacción entre la situación y la persona, aceptando que la personalidad expresa tanto estabilidad como cambio en los contextos aplicados.
3. La importancia de la influencia social, es decir, la influencia directa o indirecta de las demás personas sobre los problemas del individuo.
4. De la misma forma que el apoyo social, entendido como la información que las demás personas nos proporcionan sobre el afecto, estima y obligaciones mutuas hacia nosotros, influye sobre la salud física y mental, así como sobre la calidad de vida de todos nosotros.
5. Los ya mencionados estudios sobre atribución causal, que buscan las conexiones entre los efectos de diversas situaciones de importancia vital y sus posibles causas, de forma que estos supuestos causales afectan tanto a la interpretación de los estados psicológicos como a las conductas realizadas por los individuos.
6. El procesamiento de información que realizan las personas y las decisiones que toman en función de ese procesamiento, afectando de esta forma a una gran variedad de conductas relacionadas con la salud.
7. El estudio del control, la competencia, la participación social y la autoestima, como dimensiones que influyen en la actividad social de los individuos y en las consecuencias de la misma sobre el bienestar y la calidad de vida.
8. El estudio de los efectos fisiológicos provocados por los procesos psicosociales, como por ejemplo las consecuencias del estrés sobre diversos aspectos somáticos relacionados con la salud y la enfermedad.

Sin embargo, la dificultad para categorizar de forma coherente los campos de aplicación de la psicología social no es lo más significativo en esta época de construcción social en salud mental. Todavía resulta más llamativo el amplio abanico de objetivos concretos de estas aplicaciones. Así, a través de las variables ambientales, la influencia social, la atribución causal o el resto de categorías, la aplicación psicológica intenta demostrar su utilidad en el abuso de sustancias, en la hiperactividad infantil, el agotamiento (*burnout*), los acontecimientos estresantes, los sistemas de cuidados de salud, en el cumplimiento de los pacientes hipertensos del tratamiento asignado, la depresión, el aislamiento social, el

sentimiento de indefensión, el dolor, los cambios de vida que afectan a la salud, los trastornos gastrointestinales, las enfermedades cardiovasculares, las alteraciones del sistema inmunológico, la diabetes o la obesidad. Y esta lista es simplemente un ejemplo para no alargar innecesariamente la amplitud de objetivos de la aplicación psicosocial.

En primer lugar, es evidente que la época de crisis de la psicología social se resolvió liberando a la disciplina de la pesada carga de teorías excesivamente abarcadoras y de los rigores infructuosos del laboratorio experimental, para centrarse fundamentalmente en los problemas sobre los cuales había presión pública y urgencia social. Pero, además, puede observarse otra característica que marcará la evolución de esta disciplina durante la última década del siglo XX. El reconocimiento de que la mayor parte de los conceptos relacionados con la salud mental tienen su fundamento en una construcción social hará que las fronteras entre las alteraciones mentales y cualquier otro tipo de crisis de salud sean especialmente borrosas o difusas. Las bases psicosociales ya no afectan exclusivamente a la salud mental, sino a la salud en general y a todo tipo de trastornos o enfermedades, ampliando así el campo de aplicaciones y el impacto social de la actividad profesional. De hecho, la salud mental sólo merece un capítulo específico en la segunda edición del *Handbook of Social Psychology* de 1969, como ya comentamos anteriormente. No aparece como tal ni en la tercera edición de 1985 ni en la cuarta de 1998, diversificando su contenido a través de otros capítulos como los de aplicaciones o, simplemente, bajo el rótulo genérico de conductas de salud. Pero es en la última década del siglo pasado cuando se institucionaliza esta tendencia, aunque ya se había practicado realmente durante los 20 años anteriores.

Ampliación del campo: valor social de la salud

Cualquier especialista estaría dispuesto a defender las importantes diferencias que existen entre las diversas áreas sociales que se ocupan de la salud. Cada una de ellas tiene diferentes raíces históricas (23) y fundamentos teóricos distintos que justifican su delimitación. Y, sin embargo, las prácticas profesionales actuales (24) están provocando una generalización del campo de estudio sobre la salud. Desde un punto de vista académico, no es lo mismo una psicología de la salud mental que una psicología de la salud que, a su vez, tienen importantes diferenciaciones con el estudio de las conductas de salud, por mencionar sólo estos ejemplos y evitando ahora el desarrollo de las argumentaciones correspondientes. Pero cuando nos enfrentamos a los contenidos de textos y manuales representativos de estas áreas, nos encontramos con más semejanzas que diferencias. Si se compara, por ejemplo, el manual de Stroebe y Stroebe (25), *Social Psychology and Health*, con *The social psychology of mental health* de Ruble, Costanzo y Oliveri (9) o con la revisión de Salovey, Rothman y Rodin (26)

Health behavior, los elementos comunes de sus desarrollos superan con mucho las diversidades de orientaciones o de sensibilidades de enfoque. En general, las bases psicosociales de la salud acaparan actualmente todo el campo de estudio, desde lo físico hasta lo mental, tanto lo social como lo individual, desde la conducta hasta sus relaciones con todo tipo de variables psicofisiológicas.

Si olvidamos por un momento las razones pormenorizadas de esta generalización académica y profesional, los argumentos explicativos más poderosos provienen del hecho de que a lo largo de los últimos 50 años del siglo pasado la salud se ha convertido en un valor social de primer orden. Por supuesto que la salud o, al menos, la ausencia de enfermedad, siempre ha sido un valor respetable dentro de nuestra cultura, pero nunca como ahora se había convertido en uno de los más fundamentales en la orientación de nuestras vidas. La explicación de este cambio tiene múltiples aspectos y merecen un estudio específico, pero basta recordar aquí algunos elementos bien conocidos. Por un lado, la generalización social de los servicios de salud tiene su máxima expansión a partir de la Segunda Guerra Mundial y la utilización general de esos servicios, junto con la valoración de su correcto funcionamiento, es la contrapartida esperable del fenómeno. Pero también el creciente gasto de esos sistemas de salud conlleva tal utilidad marginal decreciente de la economía, que actualmente resulta más eficaz la eliminación del tabaco, el ejercicio diario o una dieta equilibrada, que la duplicación de los fondos destinados a las instituciones dedicadas al cuidado de la salud, siempre que estemos hablando, por supuesto, de sociedades desarrolladas. Habría que añadir, por lo menos, que el envejecimiento progresivo de la población es también un multiplicador muy activo del valor de la salud, ya sea por el aumento de enfermedades crónicas o de las propias de la edad, o bien por efecto sobre las actitudes ante la vida que se prolonga individualmente en lugar de hacerlo a través de la familia, los descendientes o, simplemente, a través de la historia. Estos y otros muchos factores asociados convierten la salud, el pleno desarrollo físico y mental de las personas, en uno de los valores centrales de nuestra época. El resultado es que ante valores tan nucleares (27) se necesita una respuesta global y no tanto disciplinas autónomas que se ocupen de aspectos parciales de la promoción de la salud (28).

Esto explica la cita reiterativa en casi todos los manuales del trabajo de Engel (29) sobre la necesidad de un modelo biopsicosocial que, al margen de su indudable valor intrínseco, sirve de cobertura para navegar cómodamente a lo largo del hipertexto de las disciplinas de salud. De todas formas, existe una serie de líneas teóricas y variables destacadas que configuran el panorama actual del trabajo y la investigación a través de unas bases psicosociales generales de la salud. Quizá sea la revisión ya mencionada de Salovey, Rothman y Rodin (26) una de las más equilibradas y completas que describen la situación actual, y que resumimos en la tabla 27-1.

Los tres niveles de la clasificación corresponden a la distinción entre teorías sociales construidas al margen de la preocupación por la salud, pero que han tenido y tienen una aplicación conocida sobre ese campo. Por el contrario, las teorías específicas sur-

/tabla27-1/

Principales orientaciones en conductas de salud*Teorías generales*

Actitudes y conducta

Teoría de la atribución

Teoría social cognitiva

Teoría de la comparación social

Teorías específicas

Modelo de creencias de salud

Teoría de la motivación de protección

Modelos mentales de salud y enfermedad

Modelos de etapas en el cambio de conductas de salud

Personalidad y emoción

Optimismo

Ira y hostilidad

Neuroticismo y afectividad negativa

Autoconciencia

Represión, inhibición y expresión de la emoción

Modificado de Salovey y cols. (26).

gieron dentro de los estudios sociales sobre la salud, al margen de que utilicen viejos principios y conceptos de la teoría social general. Por último, los temas de personalidad y emoción recogen múltiples aspectos y variables que son muy utilizados en el campo de la salud, pero que difícilmente pueden introducirse en las teorías generales o en las específicas porque no participan tan claramente en la obsesión cognitiva de las anteriores. Esta última distinción destaca con claridad el predominio actual de lo que, con cierta ambigüedad, se denomina cognitivo (30, 31) sobre las dimensiones más cálidas y emocionales del comportamiento.

|

|

teorías generales

|

En cuanto a las teorías generales, se recogen aspectos muy clásicos de la psicología social, por supuesto en las versiones más actuales, que se han aplicado ya en infinidad de campos pero que aquí interesan por su repercusión en la problemática de la salud. La *relación entre actitudes y conducta* tiene una larga y sugestiva tradición, reconstruida ahora bajo el punto de vista de las actitudes y creencias sobre la salud que pueden influir en nuestros comportamientos y decisiones sobre la misma. Existe cierta confusión, como siempre ha ocurrido, entre los términos específicos que se emplean en este ámbito, en concreto entre actitudes, creencias y valores. Desde el punto de vista escolar, es costumbre definir una actitud como una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada. Una creencia es una proposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que una persona dice o hace. Mientras que un valor es un tipo de creencia de una persona, acerca de cómo debe o

no debe comportarse, o acerca de algún objetivo en la existencia que vale o no vale la pena conseguir. Ni que decir tiene que, al margen de otras muchas definiciones igualmente válidas, a veces resulta muy difícil diferenciar estos términos en la práctica.

En cualquier caso, las relaciones entre creencias de salud y el comportamiento real en situaciones de salud y enfermedad (p. ej., el valor social del aspecto físico y las conductas alimentarias, el cumplimiento de un tratamiento oncológico por su eficacia percibida o las creencias sobre el estilo de vida y su repercusión en la depresión) heredan la vieja polémica de hasta qué punto las actitudes influyen o pueden llegar a predecir las conductas correspondientes. La relación existe sin lugar a duda, pero no es una relación simple ni mecánica. Por eso aparecen distintas versiones de esta relación, que intentan superar la incertidumbre que preside esta relación. La *teoría de la utilidad subjetiva esperada* supone que realizamos determinados comportamientos sobre la salud en función de su utilidad percibida (32). La *teoría de la acción razonada* (33) prefiere rebajar el nivel general de la actitud hasta grados más específicos de creencias que tienen una mayor relación directa con la conducta, consiguiendo así percepciones más ajustadas sobre las decisiones adoptadas y reflejando de un modo más adecuado las intenciones del individuo para la acción. Por último, la *teoría de la conducta planificada* es una variante de la anterior que, fundamentalmente, añade la percepción que el individuo tiene sobre el control de la conducta que tiene que realizar, consiguiendo así ajustar mucho más las predicciones sobre la conducta real.

Por otro lado, la *teoría de la atribución* (34), a la cual ya hemos hecho referencia en distintos momentos de este trabajo, es un conjunto de hipótesis y modelos que intentan descubrir las causas que atribuimos ante distintos comportamientos que observamos o padecemos. Esta orientación siempre recurre como antecedente a la obra de Heider (35), cuya filosofía social y científica es bastante más compleja y sugestiva que las aplicaciones que se hacen en su nombre y comparaba la actividad social a la de un científico que realiza suposiciones sobre las causas de los acontecimientos. Los estudios de atribución están enfocados en el campo de la salud, principalmente hacia la investigación de las causas que las personas suponen sobre la enfermedad que padecen y hacia la manipulación de esas atribuciones para ayudar a enfrentarse y a promover las conductas saludables.

Aunque la *teoría social cognitiva* es un campo más amplio de discusión, es frecuente asociarla al trabajo de Bandura (36) cuando se trata del campo de la salud. Esta formulación es en realidad una evolución de la ya conocida teoría del aprendizaje social, que Bandura realizó en años anteriores. En este caso, además de seguir defendiendo la influencia mutua entre cognición, ambiente y conducta, destaca especialmente la autoeficacia entre las variables explicativas, puesto que mantiene que el juicio que tenemos sobre lo que somos capaces de hacer en cada caso y circunstancia afecta especialmente a la realización de la conducta. Muy semejante a la percepción de control que tenemos, esta variable tiene especial importancia en el comportamiento de las personas que se enfrentan a la enfermedad o a decisiones relevantes para nuestra salud.

Por último, dentro de estas orientaciones sociales generales, la *teoría de la comparación social*, que tiene su origen en los trabajos de Festinger (37) y en la influencia decisiva que recibió de Kurt Lewin, mantiene que la información y las presiones que recibimos de los demás, sobre todo en situaciones poco objetivas, influyen de manera decisiva en nuestra interpretación de la situación y en la conformidad con el grupo. Esta interpretación ha tenido múltiples aplicaciones en campos muy diversos, pero es evidente que en el campo de la salud tiene especial significado en la interpretación y valoración de nuestro estado de salud o en la importancia que adjudicamos a la enfermedad, en función de la comparación social que realizamos. La información que nos proporciona el médico, las asociaciones de afectados por una enfermedad, las valoraciones divulgadas por los medios de comunicación, son ejemplos muy concretos de elementos de comparación social que afectarán a la valoración de nuestra situación y, en consecuencia, de las decisiones que deseamos tomar.

I I teorías específicas

I
Siguiendo la clasificación de Salovey, Rothman y Rodin (26), las teorías específicas sobre la salud también recurren a todo tipo de hipótesis y tradiciones de la psicología social, la diferencia radica en que esos elementos están «cocinados» expresamente para aplicarlos al campo de la salud. En consecuencia, su filosofía general no es muy distinta, salvo que tienen una apariencia más concreta y cercana a los problemas que investigan. Éste es el caso del *modelo de creencias de salud* (38), que postula que la amenaza percibida incita a que las personas actúen en función de las creencias sobre las conductas posibles y el plan específico de acción. El modelo intenta determinar las variables que entran en juego dentro de esta dinámica, utilizando inicialmente el factor de gravedad de la amenaza, susceptibilidad de la persona, beneficios de la acción determinada y barreras percibidas para ejecutarla. Sin embargo, a medida que el modelo se fue desarrollando y recibiendo información de su aplicación, se añadieron otras variables para aumentar su potencia y corregir ambigüedades. La integración de toda esta estructura dinámica de factores recibió su correspondiente cuantificación, dando lugar a investigaciones complejas, a críticas y refinamientos metodológicos que la convierten en un modelo muy activo dentro del panorama actual.

Algo similar ocurre con la *teoría de la motivación de protección* (39) que recurre al viejo papel del miedo en las decisiones sociales relacionadas con la salud, bajo el supuesto general de que las personas están motivadas hacia la protección de uno mismo. Según la teoría, el miedo desencadena una serie de procesos cognitivos que influyen en la conducta relacionada con la salud. La evaluación de la amenaza percibida está en función de la gravedad y la vulnerabilidad, así como del miedo percibido. Pero, por otro lado, la evaluación del afrontamiento ante la amenaza también está en función de los costes de la respuesta, así como de los sentimientos de autoeficacia. En definitiva, la teoría mantiene que la decisión de realizar una determinada conducta de salud es la re-

sultante de las creencias sobre la capacidad para realizar esa conducta, la eficacia percibida de esa conducta y la gravedad asociada con ese acontecimiento determinado de salud. Es evidente que la definición y manipulación de cada uno de estos factores plantea importantes problemas en la investigación, en el procedimiento de medida de las variables y en su integración práctica, que empujan la teoría hacia un replanteamiento continuo pero manteniendo con fuerza su interés en el panorama de la salud.

Por otro lado, los *modelos mentales* sobre salud y enfermedad se interesan por la forma en que las personas representan la información pertinente en sus sistemas de memoria (40). La comunicación con los demás, médicos, cuidadores, otros pacientes y cualquier otro sistema de comunicación, proporciona información sobre diversas características de la salud y la enfermedad. Esta información recibida se elabora y se representan a lo largo de una serie de dimensiones que configuran la estructura mental de ese acontecimiento. En general, las dimensiones que se han considerado importantes para la construcción de esta estructura son (41) la identidad sobre las características de la enfermedad, las causas que se supone producen la enfermedad, las consecuencias que produce y la duración de la misma, añadiéndose posteriormente el proceso de curación como una quinta dimensión relevante. El núcleo de la investigación de estos modelos consiste en averiguar los procesos de organización a lo largo de estas dimensiones, suponiendo casi siempre que dan lugar a prototipos o estructuras características que aglutinan el conjunto de la información. La investigación de estos prototipos resulta útil tanto para entender el significado de la enfermedad, en personas determinadas, como para manipular aquellos aspectos de la información que puedan resultar beneficiosos para los procesos de salud.

Por último, entre las teorías específicas mencionadas en la tabla anterior, aparecen los *modelos de etapas* que intentan investigar y describir los distintos momentos de afrontamiento de la enfermedad o de la conducta de salud, bajo el punto de vista del progreso realizado para la consecución de las metas finales. Por supuesto, la ventaja de estos modelos es que no parten de situaciones y variables globales ante la enfermedad, sino que diferencian estadios y momentos distintos, junto con los procesos de transición. La literatura médica de esta orientación es relativamente amplia y no compensa ahora realizar un listado de las distintas etapas propuestas por cada modelo, aunque merece la pena destacar que entre los más conocidos están el *proceso de adopción de precaución* (42) y el *modelo transteórico* (43). Como en todos los planteamientos por etapas, uno de los principales problemas con los que se enfrentan estos modelos radica en el carácter más o menos discreto de cada período, así como en la determinación de los mecanismos concretos de transición.

personalidad y emoción

Dentro de la clasificación de Salovey, Rothman y Rodin (24), el tercer y último nivel de orientación teórica y de investigación sobre la salud, está representado por un conjunto de variables

sobre la personalidad y la emoción, que clásicamente han tenido relación con diversos aspectos del bienestar, la salud y las reacciones psicofisiológicas, pero ahora reformuladas con mayor actualidad para su aplicación al campo de la salud. Por lo tanto, es más difícil describirlas a través de teorías o modelos limitados porque se extienden en una serie indefinida de hipótesis, investigaciones y resultados empíricos. Sin embargo, algunas de estas variables destacan especialmente en el campo actual de las bases psicosociales de la salud.

El optimismo (44, 45) es uno de los ejemplos de estas variables en expansión, ya sea entendido como disposición, como estilo atributivo o explicativo, o bien como creencias sobre los resultados positivos de los acontecimientos futuros. En cualquier caso, los diversos enfoques sobre el optimismo se han relacionado con una gran variedad de conductas de salud y enfermedades, desde la depresión, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, las conductas de riesgo, las enfermedades cardíacas o el sistema inmunológico, por poner sólo unos ejemplos. De igual forma que la ira y la hostilidad se han considerado siempre como reacciones emocionales que afectan a determinadas funciones fisiológicas, con implicaciones en el bienestar y en la salud, pero que en los últimos años se han investigado dentro de un marco más claramente social, quizá con especial atención a las enfermedades cardiovasculares (46). La tendencia a experimentar emociones negativas o desagradables, ya se enfoque como neuroticismo o simplemente como afectividad negativa, también se ha relacionado ampliamente con la salud, si bien especialmente con las dolencias subjetivas más que con los indicadores objetivos de salud (47). El tema de la autoconciencia (48), como enfoque de la atención hacia uno mismo y en especial hacia el propio cuerpo, puede provocar reacciones y distorsiones en la percepción de síntomas y en la interpretación de dolencias, que tienen una especial relevancia para la salud. Como también ocurre con la mayor o menor facilidad para comunicar y canalizar las emociones, es decir, la represión, inhibición y expresión de las emociones, que tienen una larga tradición en toda la psicología pero que aquí se investigan desde el punto de vista de sus consecuencias específicas para la salud (49), ya sea como represión de sentimientos negativos o como incapacidad para reconocer y expresar todo tipo de emociones.

En definitiva, cualquier clasificación de teorías, modelos, temas o variables especialmente destacadas en la actualidad, manifiesta al menos tres características que nos interesa destacar aquí. En primer lugar, todas tienen unos claros antecedentes en las clásicas teorías sociales, aunque reformuladas para las necesidades de aplicación actual e intentando demostrar todas una cierta novedad acumulativa o progresiva sobre las anteriores. En segundo lugar, un predominio de la orientación cognitiva, entendida en un sentido muy vago o relajado, procurando destacar siempre que las emociones también desempeñan algún papel. Y, en tercer lugar, dar por supuesto que todas las orientaciones tienen aplicación tanto en la salud física como mental, ya que la distinción prácticamente no tiene sentido para el bienestar de los individuos de la sociedad actual que integran estilos de vida, alteraciones psicológicas, relaciones sociales y malestar corporal como

un desafío al valor primordial de la salud, entendida generalmente como satisfacción ante la vida.

Conclusiones

La preocupación por los aspectos sociales de la salud mental evolucionó durante el último siglo de forma muy compleja y, desde luego, bastante alejada de cualquier desarrollo lineal. Al margen de la lógica interna de las propias teorías y desarrollos científicos, los cambios sociales y la sensibilidad cultural de cada momento incidió de forma especial en los planteamientos del campo.

Los primeros rastros sobre la salud mental residen en los propios orígenes de la psicología, pero con actitudes muy distintas. La psicología científica y experimental se interesa inicialmente por la alteración de los procesos mentales como una de las formas posibles para estudiar los modelos explicativos de las leyes psicológicas, pero con ninguna o, al menos, muy poca preocupación por su interés social. Al contrario de lo que ocurrió con las primeras teorías sociales que, al interesarse por los fenómenos interpersonales y colectivos, siempre introdujeron algún aspecto de bienestar, la adaptación o el ajuste de los individuos y las sociedades. Si a esto añadimos un tercer aspecto relacionado con el comienzo de una mayor sensibilidad moral hacia el tratamiento de los enfermos mentales, ya está completa la caricatura de los orígenes psicosociales del estudio de la salud mental. Es decir, las bases psicosociales de la salud mental comienzan como una preocupación más de los teóricos sociales, que utilizan también algunos elementos limitados de carácter científico y experimental, e impulsados especialmente por el trabajo de los reformadores sociales.

Toda esa amalgama de teóricos, laboratorios y reformadores se concreta en algo nuevo hacia la mitad del siglo pasado, cuando a partir de la Segunda Guerra Mundial aparece una nueva sociedad con características distintas y necesidades aceleradas de una población que plantea fuertes exigencias sociales sobre la base de un fuerte desarrollo económico. La psicología social de la salud mental como una nueva disciplina es el resultado de las aspiraciones en expansión de esa sociedad que confía en la ciencia y espera resultados.

A partir de la década de 1970, se generaliza la formación de profesionales y los estudios especializados, pero también surgen otras características sociales que critican la diferenciación negativa de los individuos y de algunos grupos sociales, obligando a los teóricos sociales a replantear viejos conceptos y a derribar fronteras que marginaban a la gente en función de etiquetas y estigmas con discutible fundamento científico. Comienza ahora la construcción social de la salud mental, caracterizada por implicar a toda la sociedad y a su dinámica interactiva en la explicación de la salud y la enfermedad de los individuos y los grupos afectados, por la desconfianza hacia los viejos diagnósticos y etiologías, y por la exigencia de aplicaciones sociales inmediatas.

Los últimos 20 años del pasado siglo llevan hasta las últimas consecuencias el razonamiento de que, si la mayor parte de la salud y la enfermedad mental es una construcción social en la que participamos todos, entonces tampoco es necesario insistir demasiado en la separación de la salud física y la mental, porque nuestro desarrollo, bienestar y satisfacción dependen principalmente de factores biopsicosociales. La psicología social de la salud tiende a ocuparse del conjunto de estos ámbitos, al servicio del valor fundamental de la salud, con la principal finalidad de aplicaciones concretas en los sectores de mayor urgencia social.

Al margen de estas tendencias sociales y de la inevitable respuesta positiva de los científicos ante la presión social, las teorías y modelos que se potencian en esta nueva edificación de la salud utilizan principalmente elementos cognitivos, entendidos más como recursos mentales que poseen los individuos para desarrollar su bienestar y no tanto en el sentido del viejo procesamiento de información o psicología cognitiva iniciada en la década de 1960. Pero tampoco renuncian a utilizar los elementos de la conducta, aunque tampoco en este caso se apoyan especialmente en el viejo conductismo, al igual que recurren a la personalidad y a las respuestas emocionales, siempre bajo la necesidad de encontrar modelos aplicados que demuestren su utilidad pública.

Los comentarios anteriores no pretenden establecer una crítica de la situación actual de la psicología social de la salud. Es evidente que existen aspectos concretos discutibles en la situación planteada actualmente, pero hay que recordar por encima de todo que en ningún momento de su historia ha tenido tanta actividad, investigación y potencia profesional como en los últimos tiempos. Puede plantearse la eficacia, fundamentos y comprobación de modelos concretos, pero es indiscutible que, en general, está consiguiendo una sensibilidad social y una atención de todo tipo de instituciones sociales como nunca había tenido, con todo lo que esto significa de beneficios para todas las personas de la sociedad actual.

Siempre existe la posibilidad de pensar si es el conocimiento científico producido el que realiza cambios en nuestra sociedad o si, por el contrario, es la sociedad la que cambia y construye los conocimientos adecuados ante su nueva situación. Pero esa es otra discusión, muy larga y llena de pasiones filosóficas e ideológicas, que afortunadamente queda fuera del presente panorama. Es mejor dejarlo aquí, confiando en que nuestra salud, sea eso lo que fuere, continúe mejorando durante las próximas décadas.

bibliografía

1. Collier G, Minton HL, Reynolds G. Escenarios y tendencias de la psicología social. Madrid: Tecnos, 1996.
2. Freeman HE, Giovannoni JM. Social psychology of mental health. En: Lindzey G, Aronson E (eds.). The handbook of social psychology, 2.ª ed. Vol. 5. Reading: Addison-Wesley, 1969.
3. Ibáñez E. Bosquejo para el análisis de las relaciones entre personalidad y psicoterapia. En: Caro I (ed.). Psicoterapia e investigación de procesos. Valencia: Promolibro, 1993.
4. Bebbington PE. Social psychiatry. Theory, methodology and practice. New Brunswick: Transaction, 1991.

5. Bhugra D, Leff J. Principles of social psychiatry. Oxford: Blakwell Scientific, 1993.
6. Hollingshead E, Redlich FC. Social class and mental illness. A community study. Nueva York: Wiley, 1958.
7. Garzón A. Familism. En: Ponzetti JJ (ed.). International encyclopedia of marriage and family, 2.^a ed. Londres: MacMillan, 2003.
8. Bell D. The coming of the post-industrial society. Nueva York: Basic Books, 1973.
9. Dean A, Kraft AM, Pepper B. The social setting of mental health. Nueva York: Basic Books, 1976.
10. Ruble DN, Costanzo PhR, Oliveri ME (eds.). The social psychology of mental health. Nueva York: Guilford Press, 1992.
11. Kluckhohn CC. Mirror for man. Nueva York: McGraw-Hill, 1949.
12. Levinson DJ. Role, personality and social structure in the organizational setting. *Abnorm Soc Psychol* 1959; 58: 170-180.
13. Benedict R. Continuities in cultural conditioning. *Psychiatry* 1939; 1: 161-167.
14. Seoane J. Las viejas creencias de la sociedad post. *Psicothema* 1993; 5 (Supl.): 169-180.
15. Seoane J, Garzón A. El marco de investigación del sistema de creencias postmodernas. *Psicología Política* 1996; 13: 81-98.
16. Gergen K. An invitation to social construction. Londres: Sage, 1999.
17. Archer D. Social Deviance. En: Lindzey G, Aronson E (eds.). The handbook of social psychology, 3.^a ed. Vol. 2. Nueva York: Random House, 1985.
18. Lemert EM. Social pathology. Nueva York: McGraw-Hill, 1951.
19. Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1963.
20. Becker HS. Outsiders. Nueva York: Free Press, 1963.
21. Rodin J. The application of social psychology. En: Lindzey G, Aronson E (eds.). The handbook of social psychology, 3.^a ed. Vol. 2. Nueva York: Random House, 1985.
22. Ibáñez E. Psicología de la salud y estilos de vida. Valencia: Promolibro, 1991.
23. Rutter DR, Quine L. Social psychology and health. European perspectives. Aldershot: Avebury, 1994.
24. Polkinghorne DE. Postmodern epistemology of practice. En: Kvale S (ed.). Psychology and postmodernism. Londres: Sage, 1992.
25. Stroebe W, Stroebe MS. Social psychology and health. Buckingham: Open University Press, 1995.
26. Salovey P, Rothman AJ, Rodin J. Health behavior. En: The social psychology of mental health, 4.^a ed. Vol. 2. Boston: McGraw-Hill, 1998.
27. Garzón A, Garcés J. Hacia una conceptualización del valor. En: Rodríguez A, Seoane J (eds.). Creencias, actitudes y valores. Madrid: Alhambra, 1989.
28. Bunton R, Nettleton S, Burrows R. The sociology of health promotion. Londres: Routledge, 1995.
29. Engel G. The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science* 1977, 196: 129-136.
30. Seoane J. Psicología cognitiva y psicología del conocimiento. *Bol Psicología* 1982; 1: 27-41.
31. DelClaux I, Seoane J. Psicología cognitiva y procesamiento de información. Madrid: Pirámide, 1982.
32. Sutton SR. Social-psychological approaches to understanding addictive behaviours. Attitude-behaviour and decision-making models. *Br J Addiction* 1987; 82: 355-370.
33. Ajken I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1980.
34. Kelley HH. Attribution theory in social psychology. En: Levine D (ed.). Nebraska symposium on motivation. Lincoln: University of Nebraska Press, 1967.
35. Heider F. The psychology of interpersonal relations. Nueva York: Wiley, 1958.
36. Bandura A. Social foundations of thought and action. A social cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1986.
37. Festinger L. A theory of social comparison processes. *Hum Rel* 1954; 7: 117-140.
38. Rosenstock IM. Historical origins of the health belief model. *Health Educ Monogr* 1974; 2: 328-335.
39. Maddux JE, Rogers RW. Protection motivation and self-efficacy. A revised theory of fear appeals and attitude change. *J Exp Soc Psychol* 1983; 19: 469-479.
40. Skelton JA, Croyle RT. Mental representation in health and illness. Nueva York: Springer, 1991.
41. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ. Illness representation and coping with health threats. En: Baum A, Taylor SE, Singer J (eds.). Handbook of psychology and health. Hillsdale: Erlbaum, 1984.
42. Weinstein ND, Sandman PM. A model of the precaution adoption process. Evidence from home radon testing. *Health Psychology* 1992; 11: 170-180.
43. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-1114.
44. Carver CS, Scheier MF. Origins and functions of positive and negative affect. A control-process view. *Psychol Rev* 1990; 97: 19-35.
45. Avia MD, Vázquez C. Optimismo inteligente. Madrid: Alianza Editorial, 1998.
46. Friedman HS. Hostility, coping and health. Washington: American Psychological Association, 1992.
47. Costa PT, McCrae RR. Hypochondriasis, neuroticism and aging. *Wher are somatic complaints unfounded?* *Am Psychol* 1985; 40: 19-28.
48. Pennebaker JW. The psychology of physical symptoms. Nueva York: Springer, 1982.
49. Singer JL. Repression and dissociation. Implications for personality theory, psychopathology and health. Chicago: University of Chicago Press, 1990.