



Evaluación psicológica en la salud: contextos actuales

*Makilim Nunes Baptista**

*Cláudio Garcia Capitão***

*Silvana Alba Scortegagna****



Fecha de recepción: 5 de enero de 2006.

Fecha de aceptación: 21 de mayo de 2006.

* Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco - Itatiba/SP

E-mail: makilim.baptista@saofrancisco.edu.br

** Docente do Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco - Itatiba/SP

E-mail: claudio.capitao@saofrancisco.edu.br

*** Docente na Universidade de Passo Fundo/RS, doutoranda em Psicologia na Universidade São Francisco -Itatiba/SP

E-mail: silvanalba@upf.br

Resumen / Abstract

El artículo tiene por objetivo señalar los principales desarrollos de la evaluación psicológica en el contexto de la salud. La superación del modelo biomédico centrado en la enfermedad y la consideración del comportamiento humano como principal causa de morbilidad y mortalidad han sido cambios notables. La evaluación psicológica en ambientes médicos puede ser considerada como una adecuada herramienta en la apropiación de decisiones relacionadas con el diagnóstico diferencial, tipo de tratamiento necesario y pronóstico. La psicología en la salud reconoce que la salud y la enfermedad son determinadas por múltiples factores etiológicos, genéticos, bioquímicos, de comportamiento y socio-ambientales que pueden interactuar de manera compleja, por lo que su com-

The present article is aimed at pointing the main developments on the psychological appraisal in the health context. Surpassing the biomedical model centered on illness and attribution to human behavior as main cause of morbidity and mortality has meant a fundamental change. The psychological appraisal in medical environments may be considered as an adequate tool in the assessment of decisions related to differential diagnosis, type of necessary treatment as well as prognosis. The psychology of health recognizes health and illness to be determined by multiple factors - etiologic, genetic, biochemical, behavioral and social-environmental - which can interact in complex ways, and whose compre-

preñión requiere un entendimiento sofisticado y no solamente especializado de las relaciones entre dichos factores. La evaluación psicológica en el contexto de la salud se orienta hacia la elaboración de conocimientos, por medio de la aplicación, validación y construcción de instrumentos que puedan evaluar problemas relacionados con la salud y la enfermedad, permitiendo que sus resultados puedan estar disponibles para los agentes clínico-asistenciales.

Palabras clave: evaluación psicológica, enfermedad, psicología en la salud.

hension requires a sophisticated understanding and not only a specialized one on the relations among these factors. The psychological appraisal in the health context is directed towards knowledge development, by means of application, validation and construction of instruments that can appraise problems related to health and illness, so to permit its results to be available to clinic-assistant agents.

Key words: psychological appraisal, illness, psychological health.

Introducción

La evaluación psicológica se basa en el método científico y la aplicación de instrumentos psicológicos representa una parte significativa, contiene varios matices importantes. Noronha (1999) relata la evaluación psicológica como un proceso que puede o no, incluir tests estandarizados como uno de los recursos para alcanzar sus objetivos. En ella se encuentran involucrados la obtención de información, los instrumentos utilizados y las varias formas de medidas para que se llegue a una conclusión. Dicho de otra forma, el proceso de evaluación psicológica puede incluir diferentes procedimientos de medida, identificar dimensiones específicas del sujeto, de su ambiente y de la relación entre ellos. Por lo tanto, cada procedimiento de medida, como explica Pasquali (2001), o de investigación, requiere un resultado síntesis, que puede confundirse con el resultado final, puesto que está relacionado con el análisis de todos los datos recogidos durante el proceso. Los tests psicológicos, como nos señalan Anastasi y Urbina (2000), pueden considerarse esencialmente como una medida objetiva y estándar de una muestra de comportamiento. Ellos no miden directamente las capacidades y funciones, sino que son muestras que deben representar bien el fenómeno estudiado. Son, en realidad, similares a cualquier otro test científico, una vez que por medio de una pequeña muestra, cuidadosamente elegida, se realizan las observaciones



del comportamiento de la persona. Así, en cuanto instrumentos de medida, deben presentar ciertas características que puedan justificar como confiables los datos que mediante ellos han sido producidos.

A pesar de la confusión entre evaluación psicológica y aplicación de instrumentos, que demuestra la población desconocedora y aún algunos profesionales, la evaluación debe siempre mantener un compromiso ético y humanitario, que lleva obligatoriamente a comprender las técnicas utilizadas, sus funciones, ventajas y limitaciones. Su objetivo no es rotular, pero sí describir por medio de técnicas reconocidas y de un lenguaje apropiado, la mejor comprensión de algunos aspectos de la vida de una persona o de un grupo (Tavares, 2004).

La evaluación psicológica en el contexto de la salud se une a la formulación actual del concepto de salud y de las causas de las enfermedades. No se considera la salud como ausencia de síntomas, puesto que una persona puede estar muy enferma sin que presente ninguna sintomatología. Por otra parte, las enfermedades, actualmente, no se consideran como poseedoras de una única determinación, pero sí, como multideterminadas.

La psicología de la salud tiene aplicaciones prácticas en el área de la salud, y la emergencia de la psicología de la salud como campo del saber ha sido muy influenciada por las transformaciones que ocurrieron tras la inserción del psicólogo en la salud en toda Latinoamérica. Se observa que hasta hace muy poco tiempo el campo de actuación de la psicología se resumía a dos principales dimensiones. La primera abarcaba actividades desempeñadas en consultorios particulares, limitadas a una clientela perteneciente a las clases más ricas. Una actividad ejercida de forma autónoma, por profesionales liberales y de una manera general, no inserta en el contexto de los servicios de salud. La segunda dimensión comprendía las actividades ejercidas en los hospitales y ambulatorios de salud mental, actuación que, hasta muy recientemente, estaba subordinada a los paradigmas de la psiquiatría y por ende desarrollada desde la óptica predominante de la internación y medicación (Spink, 2003).

No existen dos psicologías, una psicología de la salud y una psicología de la enfermedad. En realidad, cuando uno se refiere a la psicología de la salud, también se refiere a la persona en su proceso de enfermarse. Así, toda enfermedad tiene aspectos psicológicos que envuelven múltiples factores que se deben evaluar, tales como estilo de vida, hábitos, cultura, mitos familiares.



Piña López (2004) analizó algunos de los principales marcos normativos en materia de salud en México y constató la existencia de una pobre caracterización tanto de la psicología como de los psicólogos, con profundas implicaciones que pueden comprometer abiertamente el estatuto actual y futuro de éstos. Tomó en consideración una cantidad de trabajos que en los últimos veinte años han sido llevados a cabo por psicólogos sobre una amplia variedad de temas, fundamentalmente relacionados con los problemas de salud, señalando la necesidad de promoción y reconocimiento profesional, en los mismos moldes que se reconoce a los profesionales de la medicina. El referido estudio concluye que es fundamental, como un primer paso para superar dichas dificultades, que los profesionales de la psicología que trabajan en el sector de la salud se esfuercen en buscar su inserción en equipos multidisciplinarios de salud, ya sea realizando investigaciones, planeamiento, prevención o intervención, o difundiendo los resultados de sus trabajos en revistas o eventos académicos en los que tradicionalmente se publican los estudios de médicos.

Definición y contextualización de la psicología en la salud

La psicología en la salud surge en la década de 1970, en un contexto de transformaciones radicales en el concepto de salud reconocida en la expresión utilizada por Richmond (1979), como la segunda revolución de la salud y propone implementar los cambios necesarios para responder a las nuevas exigencias del sector. Dos cambios fundamentales marcaron este momento: la superación del modelo biomédico centrado en la enfermedad, que pasa ahora a enfocarse en la salud y en la vuelta de una perspectiva ecológica que atribuye al comportamiento humano la principal causa de morbilidad y mortalidad. De esta manera, se constata que en los países desarrollados, las enfermedades que más contribuyeron a la mortalidad eran enfermedades con etiología de comportamiento. Richmond (1979) cita como principales factores de riesgo, responsables de la mayoría de las enfermedades y muertes prematuras en los Estados Unidos, al hábito de fumar, consumir alcohol y drogas, correr riesgos que dan origen a accidentes de tráfico entre los jóvenes, entre otros tantos.

Teniendo en cuenta las evidencias, la relación entre causa y efecto implícita en las antiguas teorías de las epidemias de enfermedades infectocontagiosas empezó a debilitarse. Los estudios epidemiológicos alertaban que las



enfermedades no evidenciaban más un origen exclusivo en organismos patogénicos y, lo equivalente al germen para las nuevas epidemias, pasa a ser el comportamiento del individuo. Siendo así, las "vacunas modernas" tendrían que combatir las enfermedades de etiología de comportamiento y tendrían que ser efectivas en el cambio de este comportamiento (Ribeiro, 1998).

Bajo esta perspectiva, en 1973 en los Estados Unidos se creó en la *American Psychological Association* (APA) una *task force on health research*, con el fin de estudiar la naturaleza y extensión de la contribución de los psicólogos a la investigación básica y aplicada sobre los aspectos de comportamiento en las enfermedades físicas y en el mantenimiento de la salud (*APA task force on health research*: 263). En 1976, se publica un informe sobre las relaciones entre la psicología y los contextos tradicionales de salud y enfermedad, proponiendo orientaciones doctrinarias para el área en estudio. Este informe constituyó el embrión de la nueva área de la psicología conocida como psicología en la salud. En 1978, se constituyó la división de la psicología de la salud de la *American Psychological Association* (División 38) con el fin de comprender los procesos de salud y enfermedad por intermedio de la investigación básica y clínica, buscando promover la integración de la comunidad psicológica y biomédica. En 1982, empieza a editarse el periódico *Journal of Health Psychology* y a partir de éste surgieron otros diarios especializados. En Europa se publica *Psychology & Health*, y más recientemente *Psychology Health & Medicine*, o periódicos ligados a sectores específicos como el *Psycho-Oncology*.

Se observa que la segunda revolución de la salud fue consecuencia de investigaciones que, de manera creciente, alertaron sobre las nuevas epidemias, y cuyos resultados empezaron a ser concluyentes y a ganar notoriedad en la década de 1970 (Lalonde, 1974; Michael, 1982; Richmond, 1979). Para atender esta emergente epidemia de comportamiento, Lalonde (1974) propuso una política nacional de salud orientada hacia la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de los cuidados de salud, denominados como los cuatro pilares constitutivos del campo de la salud. El modelo empieza a utilizarse, a mediados del siglo XX, en el análisis de varios estudios de las principales causas de muerte en los países con alto índice de desarrollo económico y se constata, por ejemplo, que alrededor de la mitad de las muertes prematuras eran consecuencias de comportamientos inadecuados o

del estilo de vida (Richmond, 1976); 20% de factores ambientales; 20% de la biología humana; y 10% de cuidados de salud inadecuados (Ribeiro, 1998: 64).

Además del cambio en la etiología de la morbilidad y mortalidad, otros factores como las alteraciones demográficas tales como el envejecimiento de la población y la diversificación de la familia y la revolución tecnológica contribuyeron al aumento de las posibilidades de intervención en la enfermedad y exigieron profesionales mucho más calificados. El crecimiento de los costos de la asistencia a la salud, el acercamiento de los servicios a la comunidad, el aumento de la capacidad crítica, contribuyeron a la emergencia de la nueva comprensión de salud (Ramos, 1988).

En Brasil la psicología hospitalaria se consolida durante la década de 1980, cuando se incluye al psicólogo en el Hospital Escola Pública, en la asistencia a los pacientes y familiares, en su mayoría de nivel socioeconómico bajo o medio bajo, con el objetivo de rebasar el tradicional dualismo mente-cuerpo y optimizar el tratamiento al motivar la adhesión a lo que es el tratamiento (Felício, 1998; Neder, 1992). La estructuración de estas nuevas fronteras tuvo sus raíces décadas antes de la consolidación y contó con el empeño de varios profesionales, entre ellos, la Dra. Mathilde Neder que, por su inserción en 1954 en la Clínica Ortopédica y Traumatológica del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la USP (Universidad de Sao Paolo), la Dra. Neder inició el trabajo de seguimiento de pacientes sometidos a cirugía de columna, desarrolló experiencias e investigaciones que preconizaron la psicoterapia breve, la consultoría, la interconsulta psicológica y la terapia familiar. Se destaca también su participación en la creación de la División de Psicología en el Instituto Central y en la coordinación de las Actividades de los Psicólogos del Hospital de Clínicas en 1987 (Felício, 1998).

Alrededor del tema de la diseminación de la institucionalización de servicios de psicología hospitalaria en Brasil, se destaca el Instituto del Corazón del Hospital de Clínicas de la USP, implementado en 1974 por la Dra. Belkiss Romano Lamosa, que también organizó el primer evento nacional de psicólogos interesados en este sector en el país. El desarrollo de investigaciones, disertaciones y tesis, registró varias publicaciones sobre los significados emocionales que surgen en el proceso de enfermarse. Entre los temas de estudio, se destacan los aspectos psicológicos de los enfermos coronarios, el niño enfermo crónico, la persona internada y el intento de suicidio.



Cuba, según Averasturi (1985), fue el único país de Latinoamérica, y tal vez del mundo, que logró integrar plenamente la práctica psicológica a los servicios de salud en todos los niveles de atención -primario, secundario y terciario- con la participación no solamente en las prácticas asistenciales, sino también en las áreas de investigación y entrenamiento de recursos humanos. De esta manera, la psicología de la salud amplió su objeto de estudio, que pasó a abarcar no solamente los procesos psicológicos y psicopatológicos, que caracterizaban la psicología clínica tradicional, sino que también integró el conocimiento de los procesos socio-psicológicos relevantes para el mantenimiento de la salud y la comprensión del origen y del desarrollo de la enfermedad, así como de los diferentes aspectos de la práctica médica, entre ellos la relación médico-paciente, la satisfacción de la población con los servicios, las formas de utilización de los servicios y la participación de la comunidad en su evaluación.

Está claro que la psicología en la salud es un campo que estudia las influencias psicológicas en la salud, los factores responsables por el acto de enfermarse, los cambios de comportamiento de las personas al enfermarse (Taylor, 2002). No se limita únicamente a ambientes hospitalarios o a centros de salud, sino también a todos los programas que prioricen la salud física y mental colectiva (Baptista y Dias, 2003). La psicología de la salud es, por lo tanto, definida como un dominio de la psicología que recorre los conocimientos provenientes de los variados sectores de la psicología en vista de la promoción y protección de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad, identificación de la etiología y diagnóstico relacionado con la salud, enfermedad y disfunciones asociadas, análisis y mejora del sistema de cuidados de salud, y perfeccionamiento de la política de salud (Matarazzo, 1982: 4).

Hoy día, según APA (2005), la psicología de la salud se desarrolla hacia una búsqueda cada vez más grande de conocimientos básicos de la ciencia psicológica y sus extensiones en el campo de la salud, el impacto del comportamiento en la salud, la influencia de estados de la salud y de la enfermedad en los factores psicológicos. El vínculo entre los estudios psicosociales y psicofisiológicos llega a su auge en las investigaciones en el campo de la psiconeuroendocrinoinmunología y sus extensiones para la comprensión de fenómenos como el estrés y sus asociaciones con la enfermedad. Sin embargo, en México, según Piña López (2004), los psicólogos que trabajan en el sec-



tor de la salud no forman una categoría descriptiva identificable en lo que se refiere a los recursos humanos que están incluidos en el sistema Nacional de Salud. En 2000, se registraron 143 018 trabajadores en el área de la salud que pertenecían al cuadro administrativo, 140 629 eran médicos, 273 096 paramédicos (enfermeras y otros), 36 388 eran auxiliares de diagnóstico y tratamiento y 367 82 sin otra especificación. No existe una categoría independiente que permita saber con seguridad cuantos son los psicólogos que trabajan en el campo de la salud y si de hecho han sido contratados como tales. Esta situación, como ocurre en otros países de Latinoamérica, forma un cuadro impreciso de las efectivas contribuciones de la psicología al área de la salud.

Factores desencadenadores de problemas de salud

Estudios americanos de prevención de enfermedades reconocen que un sistema variado de factores como diferencias individuales, trazos de personalidad, sistema de creencias y actitudes, comportamientos, cadenas de soporte social, el ambiente, pueden afectar e influenciar los resultados de salud del individuo. Aunque la evidencia experimental sea aún inconsistente, en algunos casos, los datos de estudios sobre la salud y el comportamiento sugieren fuertemente que los procesos psicológicos y los estados emocionales influyen la etiología y el progreso de enfermedades y contribuye a la resistencia o vulnerabilidad a la enfermedad (Baum y Posluszny, 1999).

Por lo general, factores psicosociales o de comportamiento ejercen influencia sobre la salud o la enfermedad en tres formas básicas (Krantz, Grunberg, Baum, 1985). Primero, algunas de estas influencias envuelven cambios biológicos directos que ocurren de forma paralela, anterior, posterior, o se manifiestan como parte de una reacción emocional o de comportamiento estándar. En tal dimensión, las interacciones con el medio ambiente proporcionan al organismo una cantidad de estimulación que, cuando adecuada, desencadena procesos de adaptación y promueven el desarrollo físico y mental (McDonald y cols., 2005).

Estudios transculturales, como los realizados por Raich y cols. (2001) sobre estudiantes universitarias españolas y mexicanas, pueden suministrar datos importantes de cómo los trastornos alimentarios y los síntomas de dismorfia



corporal se hallan relacionados con el grado de perfeccionismo que existe en cada país. La cultura de un país, de una región, es una variable que debe considerarse en la determinación de los trastornos mentales.

Aunque la cultura y el grado de instrucción sean factores que afectan significativamente el desempeño cognitivo, es muy difícil distinguir entre los efectos de la instrucción y los efectos de la cultura, especialmente por el hecho de que el nivel cultural influencia directamente la condición socioeconómica del individuo. Investigaciones muestran que la cultura dicta lo que es importante para la supervivencia y el grado de instrucción podría ser considerado como un tipo de subcultura, que facilitaría el desarrollo de determinadas habilidades cognitivas (Ostrosky, Ramírez, Lozano, Picasso y Vélez, 2004).

Las condiciones ambientales, en regiones específicas, pueden igualmente ser factores que desencadenen o propicien trastornos mentales. En investigación realizada con mexicanos del sector rural, en una muestra de 942 adultos, con 441 hombres y 501 mujeres, se constató que 15.5% de la población general presentaba algún trastorno nervioso. Entre los géneros, las mujeres y los hombres presentaron respectivamente 20.8% y 9.5% de síntomas psicológicos y somáticos significativos (Snyder, Diaz-Perez y Ojeda, 2000).

Selye (1974, 1976) al explicar la teoría del estrés, se refiere al Síndrome General de Adaptación (SGA) como un proceso esencial a la vida, una respuesta, no específica, a un estímulo que incluye las fases de alarma, resistencia y agotamiento. El restablecimiento del equilibrio en un nuevo nivel depende de la relación entre estas tres fases y la intensidad de los estímulos, sabiendo que la ausencia de estimulación o la estimulación exagerada puede provocar daños a la salud (Ribeiro, 1998). Cuando el organismo logra adaptarse y resistir al estrés, el proceso de estrés se interrumpe, y no afecta a la salud del individuo. Sin embargo, si esto no ocurre, avanza hacia fases más severas y puede comprometer la habilidad del cuerpo para permanecer en homeostasis (Baum y Posluszny, 1999).

Hay investigaciones que sugieren, por ejemplo, que el estrés elevado puede contribuir al aumento de la presión arterial y latidos cardíacos (Santagostinho y cols., 1996; Krantz y Manuck, 1984), y va asociado a cambios hematológicos que pueden estar directamente vinculados a enfermedades cardíacas, hipertensión o eventos cardíacos, ya sea como factor de riesgo o como factor desencadenador. De igual manera, el estrés parece afectar el sistema



inmunológico a través de una serie de caminos neurales y hormonales (Besedovsky y Del Rey 1991; Maier y Watkins, 1998). Dichos cambios en el sistema inmunológico pueden ser suficientes para aumentar la vulnerabilidad a las infecciones o enfermedades y están implicados en la etiología y progresión de infecciones virales, cicatrización de heridas, cáncer y enfermedad por HIV (Andersen, Kiecolt, Glaser, 1994; Baum y Nesselhof, 1988; Cohen y Williamson, 1991; Kiecolt, Stephens, Lipetz, Speicher y Glaser, 1985).

Santos, Bohon y Sánchez-Sosa (1998) examinaron la asociación de las relaciones familiares en la infancia, conflictos en el matrimonio y relaciones de trabajo y condiciones de la salud mental en inmigrantes mexicanos. El estudio reveló que las relaciones familiares disfuncionales contribuyen directamente al sufrimiento mental de sus componentes y que las condiciones de trabajo influyen y determinan la calidad de las relaciones conyugales, colocando a todos los miembros de la familia en condiciones de vulnerabilidad al estrés y al daño psicológico.

El estudio comparativo realizado por Golding, Potts y Aneshensel (1988) entre mexicoamericanos blancos, nacidos en los Estados Unidos y mexicoamericanos nacidos en México, no encontró gran diferencia en cuanto a la etnia en lo que se refiere a los eventos de la vida que podrían causar estrés. Sin embargo, los mexicoamericanos, especialmente los inmigrantes, relataron que tienen un mayor grado de tensión ante los mismos eventos a los que fueron sometidos los grupos comparados.

Una segunda manera por la cual la salud y la enfermedad son influenciadas es por comportamientos que llevan a riesgos o protegen contra ellos. Comportamientos que aumentan la salud son actividades que traen beneficios o que protegen a las personas contra las enfermedades. Contrariamente, los comportamientos que deterioran la salud son considerados insalubres. Dieta y ejercicios pueden ayudar a minimizar condiciones subyacentes a las enfermedades cardiovasculares y al cáncer y son frecuentemente citados como comportamientos protectores; el uso del tabaco y abuso de alcohol están asociados a los cambios biológicos en los pulmones, corazón y otros sistemas corporales que parecen predisponer a las enfermedades, siendo comportamientos que deterioran la salud. De la misma manera, el uso de drogas, la actividad sexual de alto riesgo y otros comportamientos potencialmente dañinos son relevante mediadores de procesos de enfermedad (Baum y Posluszny,



1999; Orford y cols., 2001; Reynoso y Seligson, 2002). Los datos de investigaciones epidemiológicas han llamado la atención de profesionales y pacientes sobre la importancia de los hábitos y el estilo de vida (Ribeiro, 1998). La modificación de algunos comportamientos, tales como dejar de fumar, cuidar la alimentación, controlar el estrés, practicar actividades físicas con regularidad, dormir un número de horas adecuado, revisar periódicamente la salud, pueden contribuir a reducir la mortalidad.

Una tercera influencia de comportamiento sobre la salud y la enfermedad, conforme Baum y Posluszny (1999), es la que se observa por medio de conductas asociadas a la enfermedad o a la posibilidad de enfermar. Empezando por la detección precoz, estas influencias incluyen prevención secundaria, vigilancia, detección e interpretación de síntomas y la decisión de buscar cuidados. La aceptación de los consejos médicos y de la prescripción puede afectar el diagnóstico, el tratamiento y los resultados. La interferencia sobre cualquiera de los aspectos mencionados quizá perturbe el proceso de interpretación y presentación de los síntomas, la obtención de cuidados médicos rápidos y efectivos y la acción en conformidad con el tratamiento, vigilancia o medidas de prevención.

La elaboración de este modelo básico de salud y comportamiento se desarrolló para ayudar a explicar la comorbilidad de los problemas de salud física y mental y la etiología y progresión del cáncer y enfermedades relacionadas con el estrés (Andersen y cols., 1994; Cohen y Rodriguez, 1996). Evidencias que relacionan partes clave de estos modelos han sido relatadas, y aunque no sean completas en muchos casos, aún así sostienen la idea de que las variables de comportamiento afectan la salud y la enfermedad en estos tres niveles (Baum y Posluszny, 1999).

En 80% de los artículos publicados en 2002 en la *Health Psychology* (citado por Montgomery, 2004) se mencionó que los factores cognitivos son fundamentales para la predicción del comportamiento relativo a la salud, así como experiencias de señales y síntomas de enfermedad y estudios sobre factores cognitivos han llevado tanto a intervenciones innovadoras como efectivas. Esto no quiere decir que todos los temas en la psicología de la salud serán explicados por mecanismos cognitivos, sino que la cognición es un factor necesario entre muchos esenciales a la comprensión de las experiencias de



enfermedad de los pacientes, para la prevención y control de la enfermedad por medio del comportamiento.

En los últimos treinta años, abordajes de comportamiento han sido aplicados a una variedad de enfermedades y condiciones como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, HIV, obesidad, embarazo (Baum, Gatchel y Krantz, 1997; Montgomery, 2004). Típicamente, la psicología en la salud y la medicina del comportamiento buscaban prevenir y controlar enfermedades. Durante ese tiempo, sin embargo, la aplicación de técnicas de comportamiento en ambientes de cuidado de la salud humana gradualmente se alejó de su foco de atención original más rígido, "fundamental". A pesar de su nombre, la medicina del comportamiento ahora incluye aspectos de intervenciones cognitivas. Muchas clínicas hoy buscan no solamente modificar el ambiente de los pacientes y su respuesta a estímulos sino que también tratan de cambiar sus pensamientos, creencias, sentimientos y actitudes respecto a la salud. Si el paciente sabe, por ejemplo, que sus creencias lo están llevando a emociones y a comportamientos desadaptados y son propiciadores de enfermedades, tiene la posibilidad de actuar para aminorar la influencia. Queda claro que esto no es simple y fácil e implica un trabajo psicológico y el abordaje cognitivo de comportamiento se encuentra instrumentado para que el individuo haga una reestructuración de sus cogniciones disfuncionales, desarrollar estrategias positivas de enfrentamiento del estrés y eliminar hábitos y comportamientos de riesgo. La manera como el paciente trata este saberse enfermo, las creencias sobre la enfermedad, el tratamiento y su recuperación, necesita a veces de algunos ajustes y ello es fundamental para la recuperación y mantenimiento de la salud.

Así, la importancia de la evaluación psicológica del paciente, en contextos de salud humana, es fundamental. El proceso de evaluación, además de adecuarse a la naturaleza de la solicitud y de las condiciones del paciente debe hacerlo a las características del ambiente (ambulatorios, enfermerías) que no siempre se adaptan muy bien. La elección de instrumentos como por ejemplo: entrevistas, protocolos, cuestionarios, tests psicológicos psicométricos, proyectivos, o también, otras técnicas, como la observación, deben ajustarse y ser bien planeadas para no correr el riesgo de hechar a perder la evaluación.



La importancia de la evaluación psicológica en la psicología de la salud

La evaluación psicológica en ambientes médicos puede ser considerada una adecuada herramienta en la toma de decisiones sobre el diagnóstico diferencial, tipo de tratamiento necesario y pronóstico. La detección precoz de problemas de comportamiento y/o disturbios psicológicos/psiquiátricos en pacientes inmersos en ambientes médicos puede significar un gran diferencial con respecto al tipo y calidad de la atención ofrecida al paciente, así como con respecto a la disminución del sufrimiento y de costos operacionales institucionales, sabiendo que la evaluación psicológica no necesariamente debe estar vinculada a pacientes hospitalizados, sino que también a varios espacios y especialidades en la salud, tales como clínicas particulares o centros de salud (Stout & Cook, 1999).

La evaluación psicológica en ambientes médicos debe fundarse en un cuerpo de conocimiento acumulado por intermedio del binomio práctica/investigación, por lo que destaca la labor continua de investigaciones para la creación de protocolos específicos de evaluación psicológica en diferentes nichos y ambientes de salud (Baptista y Dias, 2003; Belar, 1997). Algunas investigaciones en psicología de la salud y medicina del comportamiento, sobretodo las internacionales, han crecido exponencialmente en las tres últimas décadas (Montgomery, 2004).

La psicología de la salud basada en evidencias ha ganado terreno en los medios científicos y confirmado resultados prácticos de la actuación del profesional de este campo, sobretodo en los países desarrollados. Gildron (2002) señala la ejecución de ensayos clínicos aleatorios con el fin de demostrar la eficacia de las evaluaciones y, consecuentemente, de las intervenciones de psicólogos en ambientes médicos, enfatizando la utilización de herramientas de evaluación basadas en estudios de validez y precisión más elaborados, lo que evitaría la evaluación basada solamente en la intuición clínica.

El desenvolvimiento de protocolos de evaluación de pacientes es fundamental para el establecimiento de guías de tratamiento más eficientes. Como muestran Belar y Deardorff (1995), el tipo de servicio ofrecido, el objetivo del profesional, así como el área de actuación de éste son algunas de las variaciones que influyen directamente la manera como el psicólogo dispondrá



su protocolo de evaluación psicológica. De una manera general, las informaciones necesarias para una evaluación mínimamente adecuada están relacionadas con el estado general del paciente, con los cambios ocurridos desde el principio de la enfermedad y con el histórico, sobretodo aquél relacionado con el enfrentamiento de situaciones de enfermedad anteriores.

A pesar de las diferentes visiones de distintos autores sobre los objetivos y pasos de una evaluación psicológica en ambientes de salud, Belar y Deardorff (1995) presentan un modelo de las principales metas de evaluación de un psicólogo de la salud en ambientes hospitalarios, repartidos en dominios (biológico/físico, afectivo, cognitivo y de comportamiento) en unidades (paciente, familia, sistema de salud y contexto sociocultural) y que se muestran de manera simplificada a continuación:

- Metas biológicas - evaluación de aspectos tales como naturaleza, localización, frecuencia de los síntomas, tipos de tratamiento recibidos y sus características (ej. altamente invasivos), informaciones de señales vitales y exámenes (ej. presencia de alcohol en la sangre), además de informaciones genéticas y procedimientos médicos anteriores a la internación.
- Metas afectivas - evaluación de los sentimientos del paciente con respecto a la enfermedad, tratamiento, futuro, limitaciones e histórico de variaciones de humor.
- Metas cognitivas - conocimiento del paciente sobre el cuadro y la situación de salud, mantenimiento de funciones como percepción, memoria, inteligencia, tipo de modelo de evaluación de la situación (creencias), percepción de control de la situación (*locus* de control), capacidad de evaluación de costo/beneficio de opciones de tratamientos, expectativas sobre intervenciones.
- Metas comportamentales - reacciones del paciente, tales como expresiones, señales de ansiedad (postura, contacto), estilos de comportamiento frente a la internación (hostil, ansioso), hábitos de riesgo o protectores.

La evaluación propuesta también debe tener en consideración las peculiaridades del sistema de salud, así como los soportes sociales/familiares que el paciente recibe, con el fin de contextualizar el tipo de evaluación psicológica y,



consecuentemente, el tipo de intervención más específico (Belar y Deardorff, 1995). Para el registro de las informaciones citadas anteriormente, Karel (2000), Belar y Deardorff (1995) reúnen las ventajas y desventajas de diferentes tipos de estrategias que pueden utilizarse para la obtención de los datos, por medio de cuestionarios, diarios, observaciones, medidas psicofisiológicas, datos de prontuarios e instrumentos con calidades psicométricas.

Así, los cuestionarios pueden ser de gran valía en la economía de tiempo y/o como direccionadores en entrevistas más específicas; los diarios son importantes para la recuperación de la información sobre comportamientos y pensamientos que abordan la salud se utilizan como líneas de base, a pesar de que existan dudas sobre las calidades psicométricas. Es posible realizar las observaciones de forma estructurada durante las visitas o superestructurada, con situaciones de role-playing filmadas; ya las medidas psicofisiológicas son adecuadas cuando se utilizan técnicas de *biofeedback*. Los datos de prontuarios, a pesar de muy útiles tienen que visualizarse con mucho cuidado, ya que dependen de la cultura del hospital/país y profesionales en operacionalizar detalladamente las informaciones sobre el paciente.

Por último, Karel (2000), Belar y Deardorff (1995) relatan la importancia de la utilización de instrumentos con calidades psicométricas comprobadas. Es posible dividir algunos instrumentos en amplio y estrecho espectro, siempre teniendo en consideración variables tales como el objetivo de la evaluación psicológica, contexto en el que se inserta, tiempo disponible del profesional y paciente, entrenamiento del profesional, características del cuadro del paciente, entre otras.

Actualmente, estudios de validación de instrumentos, que contemplan diversos contextos y regiones, se han mostrado de extrema urgencia e importancia para la psicología en el ámbito de la salud. Así, Lucio, Palácios y Duran (1999) realizaron un estudio con la versión española del MMPI-2 en una muestra clínica de 233 pacientes que fueron diagnosticados con trastornos de la personalidad, de acuerdo con los criterios del DSM-III-R. Los puntajes de los pacientes se compararon con una muestra de estudiantes universitarios de la Ciudad de México, formada por 813 hombres y 1137 mujeres. Los resultados mostraron que el MMPI-2 diferenció grupos normales y no-normales y que el inventario mantuvo su validez para discriminar una muestra clínica.



Las medidas de amplio espectro se refieren a instrumentos que intentan evaluar características de la personalidad del paciente, tales como el *Sixteen Personality Factor Inventory* (16 PF), *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), *Million Clinical Multiaxial Inventory* (MCMII), *Symptom Check List-90 Revised* (SCL-90-R), sabiendo que algunos de estos poseen calidades psicométricas adecuadas a la población brasileña y otros aún no las poseen o están en estudio. Los instrumentos de estrecho espectro serían los más específicos para una determinada condición o situación tales como el *Beck Depression Inventory* (BDI), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), *Mini-Mental-State Exam* (MMS), *Family Environment Scale* (FES), *Multidimensional Health Locus of Control* (MHLC), *Cancer Inventory of Problem Situations* (CIPS), entre otros, sabiendo que, de la misma manera, varios ya han sido adaptados al portugués y al castellano y otros aún están en estudio por parte de equipos de especialistas en la evaluación psicológica.

La utilización de protocolos en la psicología de la salud

Algunos protocolos de evaluación psicológica en ambientes de salud pueden ser considerados como guías de evaluación para especialidades y servicios con características propias, como por ejemplo en los casos de atención pre y postoperatorios de servicios como gastrología, más dirigidos a la obesidad mórbida o al seguimiento de obesos en los Centros de Tratamiento para Obesos llamados SPAS, evaluación y seguimiento de pacientes con trastornos de humor, a nivel ambulatorio o de enfermería, condiciones psicológicas secundarias a la presencia de enfermedades, desórdenes psicofisiológicos asociados a problemas de salud, evaluaciones relacionadas a problemas de adhesión al tratamiento; enfermedades consideradas psicósomáticas, programas de evaluación para auxiliar pacientes y familiares a desarrollar estrategias de enfrentamiento de enfermedades crónicas, modificación de comportamientos de riesgo en detrimento de diagnóstico de enfermedades específicas, evaluación y seguimiento de madres con bebés de alto riesgo internados en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal, entre otras posibilidades (Baptista y Dias, 2003; Stout y Cook, 1999; Zambrana, Scrimshaw, Collins y Dunkel-Schetter, 1997). Es importante señalar, según Matarazzo (1990), que la evaluación psicológica es más adecuada cuando se refiere no solamente al uso de



tests psicológicos, sino que también es complementada por entrevista clínica enfocada al problema, observación sistemática de comportamiento, intercambio de información con equipos de salud (enfermeras, médicos, terapeutas ocupacionales, etc.), entre otras estrategias.

Según Spikoff y Oss (1995), distintos protocolos de evaluación psicológica en la salud poseen objetivos tales como: consecución sistemática de información de distintos aspectos del funcionamiento del paciente como de la percepción, motores y funcionamiento verbal que son maneras objetivas de obtener datos sin necesidad de evaluación subjetiva, con el fin de elucidar hipótesis necesarias a la intervención. Los tests más utilizados en ambientes médicos son aquellos que evalúan funciones intelectuales, escalas autoadministradas (cuando es posible), inventarios de personalidad, tests proyectivos, además de los neuropsicológicos que se utilizan muchas veces para realizar un diagnóstico diferencial. Sin embargo, los autores también indican que la utilización de dichos tests no es siempre necesaria como por ejemplo, en los casos en que el diagnóstico se muestra claramente a los profesionales o en aquéllos en los que los niveles de funcionamiento del paciente están evidentemente relacionados con factores de estrés específicos del ambiente de salud o estado del paciente, además de destacar que algunos tests solamente se hacen necesarios en casos específicos como los proyectivos, que requieren altos niveles de sofisticación en la interpretación.

Los protocolos de evaluación psicológica en ambientes médicos también deben ser pensados no solamente en términos de qué medidas serán evaluadas o probadas en determinadas situaciones, por lo que es importante tener en consideración que hay una interrelación entre condiciones crónicas de salud, intervenciones farmacológicas, factores psicológicos, sociales y económicos asociados a una investigación comprensiva para la identificación de las causas del problema del paciente (¿Y por qué no también de las instituciones o sectores o del equipo?). Siendo así, la calidad de la evaluación depende, en gran parte, de la habilidad del evaluador en recoger y relativizar las distintas variables sobre el estado de salud (Schneider y Amerman, 1997). Así, hay que tener un cuidado extra para no transformar protocolos de evaluación en formas "congeladas" de evaluación que, en vez de propiciar líneas guías para el tratamiento, acaban por limitar la comprensión del problema.



Consideraciones finales

La psicología en la salud reconoce que el ser humano se encuentra en permanente cambio en consecuencia de la variación de factores orgánicos, ambientales, psicosociales y ha enfatizado cada vez más su papel activo en el proceso salud-enfermedad.

Por ser la salud y la enfermedad entendidas como determinadas por múltiples factores etiológicos-genéticos, bioquímicos, de comportamiento/psicodinámicos y socioambientales que pueden interactuar de modos complejos y sabiendo que su comprensión requiere un entendimiento sofisticado y no solamente especializado de las relaciones entre estos factores, se justifica la construcción, validación y aplicación de instrumentos psicológicos que puedan apoyar la evaluación psicológica en el contexto de la salud.

La construcción de protocolos que tienen en consideración variables socio-culturales, regionales y diferencias ambientales, es una emergencia, especialmente porque está presente un conjunto de variables que pueden influenciar directamente el estado de salud y el desarrollo de las enfermedades. Países como Brasil y México, con realidades muy parecidas, desde el punto de vista de la psicología de la salud, poseen un desafío relacionado con el desarrollo del instrumental propicio en la evaluación psicológica, no solamente para que tengamos reconocimiento histórico, sino, ante todo, para la construcción de una red de saberes y de intercambios de experiencias que se hacen hoy necesarios, especialmente cuando el campo de la salud, por su amplitud y complejidad, presenta problemas universales, que no se limitan a un único país, a una única región, a pesar de todas las particularidades involucradas.



Bibliografía

- American Psychological Association (2005) *Health Psychology: division 38*, Disponível em 02/05/2005 em <<http://www.health-psycho.org/>>
- Anastasi, A. & S. Urbina (2000) *Testagem psicológica*, (7ªed.), Porto Alegre: Artes Médicas.
- Andersen, B. L., J. K. Kiecolt-Glaser & R. Glaser, (1994) "A Biobehavioral Model of Cancer, Stress and Disease Course", *American Psychologic*, 49 (5), 389-404.
- APA Task Force on Health Research (1976) "Contributions of Psychology to Health Research: Patterns, Problems and Potentials", *American Psychologist*, 31,263-274.
- Averasturi, M. (1985) "A psicologia social da saúde" em E. D. Nunes (org.) *As ciências sociais em saúde na América Latina*, Brasília, OPAS.
- Baptista, M. N. & R. R. Dias (orgs.) (2003) *Psicologia Hospitalar: teoria, aplicações e casos clínicos*, Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Baum, A. & S. E. Nesselhof (1988) "Psychological Research and the Prevention, Etiology and Treatment of AIDS", *American Psychologist*, 43(11), 900-6.
- Baum, A., R. J. Gatchel & D. Krantz (1997) *An Introduction to Health Psychology*, New York: McGraw-Hill.
- Baum, A. & D. M. Posluszny (1999) "Health Psychology: Mapping Biobehavioral Contributions to Health and Illness", *Annual Reviews Psychology*, 50: 137-163.
- Belar, C. D. & W. W. Deardorff (1995) "Clinical Health Psychology Assessment", em C. D. Belar & W. W. Deardorff, *Clinical Health Psychology in Medical Settings: A Practitioner's Guidebook*, Washington, APA.
- Belar, C. D. (1997) "Clinical Health Psychology: A Specialty for the 21st Century", *Health Psychology*, 16(5), 411-416.
- Besedovsky, H. O. & A. Del Rey (1991) "Physiological Implications of the Immune-Neuro-Endocrine Network", R. Ader, D.L. Felten & N. Cohen (eds.) *Psychoneuroimmunology*, 2nd edition, San Diego, California: Academic Press, pp. 589-608.
- Cohen, S. & G. M. Williamson (1991) "Stress and Infectious Disease in Humans", *Psychological Bulletin*, 109(1), 5-14.
- Felício, J. L. (1998) "A Psicologia Hospitalar no Brasil", *O Mundo da Saúde*, 22,(5),302-306.
- Gildron, Y. (2002) "Evidence-Based Health Psychology: Rationale and Support", *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3(1), 3-10.



- Golding, M. J., M. K. Potts & C. S. Aneshensel (1988) "Stress Exposure Among Mexican Americans and Non-Hispanic Whites", *Journal of Community Psychology*, 19(1), 37-59.
- Karel, M. J. (2000) "The Assessment of Values in Medical Decision Making", *Journal of Aging Studies*, 14, n° 4, 403-423.
- Kiecolt-Glasser, J. K., et al. (1985) "Distress and DNA Repair in Human Kymphocytes", *Journal of Behavioral Medicine* 8(4), 311-20.
- Krantz, D. S. & S. B. Manuck (1984) "Acute Psychophysiologic Reactivity and Risk of Cardiovascular Disease: a Review and Methodologic Critique", *Psychological Bulletin*, 96(3), 435-64.
- Krantz, D. S., N. E. Grunberg & A. Baum (1985) "Health Psychology", *Annual Review Psychology*, 36, 349-83.
- Lalonde, M. (1974) *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa: Minister of National Health and Welfare.
- Lucios, E., H. Palacios & C. Durán (1999) "MMPI-2 With Mexican Psychiatric Inpatients: Basic and Content Scales", *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1541-1552.
- Matarazzo, J. (1990) "Psychological Assessment Versus Psychological Testing: Validation from Binet to the School, Clinic and Courtroom", *American Psychologist*, 45, 999-1017.
- (1982) "Behavioral Health's Challenge to Academic Scientific and Professional Psychology", *American Psychologist*, 37 (1), 1-14.
- McDonald, E. J., et al. (2005) "Cultural Affiliation and Self-Esteem as Predictors of Internalizing Symptoms Among Mexican American Adolescents", *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 163-171.
- Maier, S. F. & L. R. Watkins (1998) "Cytokines for Psychologists: Implications of Bi-Directional Immune-to-Brain Communication for Understanding Behaviour, Mood and Cognition", *Psychology Review* 105, 83-107.
- Michael, J. (1982) "The Second Revolution in Health: Health Promotion and its Environmental Base", *American Psychologist*, 37 (8), 936-941.
- Montgomery, G. H. (2004) "Cognitive Factors in Health Psychology and Behavioral Medicine", *Journal of Clinical Psychology*, 60, n° 4, 405-413.
- Neder, M. (1992) "O Psicólogo no Hospital", *Rev. de Psicologia Hospitalar do H.C.* (1), 9, 22-28.
- Noronha, A. P. P. (1999) "Avaliação Psicológica Segundo Psicólogos: Uso e Problemas com Ênfase nos Testes", Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo.
- Orford, J., et al. (2001) "Ways of Coping and the Health of Relatives Facing Drug and Alcohol Problems in México and England. Society for the Study to Alcohol and Other Drugs", *Addiction*, 96, 761-774.

- Ostrosky-Solís, *et al.* (2004) *International Journal of Psychology*, 39(1), 36-46.
- Pasquali, L. (org.) (2001) *Técnicas de Exame Psicológico-TEP*, São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Piña López, J. A. (2004) "La psicología y los psicólogos en el sector de la salud en México: algunas realidades perturbadoras", *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 191-205.
- Raich, R. M., *et al.* (2001) "A Cross-Cultural Study on Eating Attitudes and Behaviours in Two Spanish-Speaking Countries: Spain and México", *European Eating Disorders Review*, 9, 53-63
- Ramos, V. (1988) "Prever a Medicina das Próximas Décadas: que Implicações para o Planejamento da Educação Médica?", *Acta Médica Portuguesa*, 2, 171-179.
- Reynoso, L. & I. Seligson (2002) "Psicología y salud en México" em L. Reynoso e I. Seligson (eds.), *Psicología y salud*, México: UNAM/CONACYT. pp. 13-51.
- Ribeiro, J. L. P. (1998) *Psicologia e Saúde*, Lisboa, ISPA.
- Richmond, J. (1979), *Healthy People: the Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*, Washington: U.S. Department of Health, Education, and Welfare.
- Santagostinho, G., *et al.* (1996) "Catecholaminergic, Neuroendocrine and Anxiety Responses to Acute Psychological Stress in Healthy Subjects: Influence of Alprazolam Administration", *Neuropsychobiology*, 34(1), 36-43.
- Santos, S. J., L. M. Bohon & J. J. Sánchez-Sosa (1998) "Childhood Family Relationships, Marital and Work Conflict, and Mental Health Distress in Mexican Immigrants", *Journal of Community Psychology*, 26(5), 491-508.
- Schneider, B. & E. Amerman (1997) "Clinical Protocols: Guiding Case Management Assessment and Care Planning", *Generations*, 21, n° 1, 68-73.
- Selye, H. (1974) *Stress Sans Détress*, Ottawa: La Press.
- (1976) *The Stress of Life*, New York: McGraw-Hill.
- Snyder de, V. N., M. de J. Diaz-Perez & V. D. Ojeda, (2000) "The Prevalence of Nervios and Associated Symptomatology Among Inhabitants of Mexican Rural Communities", *Culture, Medicine & Psychiatry*, 24, 453-470.
- Spikoff, M. & M. E. Oss (1995) "Value Behavioral Health's Protocols for Psychological Testing", *Behavioral Health Management*, 15, n° 5, 27-30.
- Spink, M. J. P. (2003) *Psicologia Social e Saúde. Práticas, sabers e sentidos*, Petrópolis: Vozes.



- Stout, C. E. & L. P. Cook (1999) "New Areas for Psychological Assessment in General Health Care Settings: What to Do Today to Prepare for Tomorrow?", *Journal of Clinical Psychology*, 55, n° 7, 797-812.
- Tavares, M. (2004) "Validade Clínica", *Psico-USF*, 8(2), 125-136.
- Taylor, S. E. (2002) *Health Psychology*, 5(th) ed New York: McGraw-Hill.
- Zambrana, R. E., et al. (1997) *American Journal of Public Health*, 87(6), 1022-1026.