

## Origen y evolución de la Psicología de la salud en Colombia

El origen y la evolución de la Psicología de la salud en Colombia ha seguido un curso similar al de la mayoría de países occidentales en este campo. Aunque guarda relaciones con la medicina psicosomática y con la Psicología médica, sus raíces más próximas se ubican en la denominada “Medicina Comportamental”. Este término lo propuso Lee Birk en 1973 como subtítulo del libro *Biofeedback: Behavioral Medicine*. Aquí es clara la intención de referirse a la medicina comportamental como el uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas, para fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas.

En 1977 se realizó en la Universidad de Yale la Conferencia sobre Medicina Comportamental (*Yale Conference on Behavioral Medicine*); en este evento se reunieron importantes especialistas de las áreas de la salud y de las ciencias sociales para formalizar la Medicina comportamental, entendida como un campo interdisciplinario de integración de conocimientos biomédicos y sociales, con el fin de diseñar e implementar procedimientos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

En la década de los años 70 las principales aportaciones a la medicina comportamental se hicieron desde el área del análisis experimental del comportamiento. Fueron muy relevantes las aplicaciones clínicas del biofeedback, así como los intentos de extender los principios esenciales del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante al tratamiento de múltiples disfunciones. En Colombia se empezaron a realizar investigaciones y trabajos clínicos de extensión al tratamiento de la hipertensión arterial, del dolor de cabeza tensional, y de las crisis asmáticas en niños, entre otros. Constituye ésta una etapa de “realismo ingenuo”: de una parte se buscaba penetrar en el mundo de la salud, haciendo uso, con una visión realista, de las metodologías con mayor probabilidad de demostrar la eficacia que se demanda en ese complejo mundo. De otra, era desproporcionada la expectativa de lograr avances sustanciales en el aporte al tratamiento de algunos problemas de salud física, basándose para ello, casi exclusivamente, en el uso de procedimientos de condicionamiento.

Colombia ha experimentado cambios en sus cuadros de morbilidad similares a los que se dan en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Esos cambios conllevan a un aumento de las enfermedades crónicas y a una disminución relativa de las infectocontagiosas. En esas condiciones adquiere gran relevancia el análisis y la incorporación de los factores ambientales y comportamentales que se asocian a los problemas de salud predominantes en la vida contemporánea, tales como los derivados de la accidentalidad, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, y los accidentes cerebrovasculares; ésto es, en los países en vías de desarrollo coexisten problemas como la malnutrición y las enfermedades infectocontagiosas, con problemas propios de países más desarrollados, como las enfermedades crónico degenerativas. Concomitantemente, las políticas sanitarias tienen que cambiar, para hacer un mejor manejo de todos los factores involucrados, y para fomentar el trabajo en áreas que antes estaban relativamente descuidadas, tales como la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Esta condición es decisiva para que en el mundo de la salud se empiecen a tomar con más atención los aportes que se pueden realizar desde diversas disciplinas científicas tradicionalmente ajenas a él, tales como las ciencias sociales. Ya no solamente se reciben esos aportes, sino que se exigen respuestas a problemas que la medicina tradicional es incapaz de abordar desde un enfoque biomédico. Para mencionar un solo ejemplo, el modelo biomédico tradicional resulta por completo incompetente para fomentar los cambios necesarios en el estilo de vida requeridos en la prevención de las más importantes causas actuales de morbilidad de la población adulta. Asuntos como la adopción de comportamientos saludables y la evitación de múltiples riesgos comportamentales implican el desarrollo de modelos psicosociales que fundamenten y confieran efectividad a las labores de promoción y de prevención.

Es así como surge, en ese contexto, el nuevo campo de la *Psicología de la Salud*, con un horizonte de estudio y de aplicación más amplio que el de la medicina comportamental. Suele atribuirse a Joseph Matarazzo el uso original del término en 1982, con su tradicional definición de Psicología de la salud como el “conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la dis-

\* Profesor asociado, Departamento de Psicología.

ciplina de la Psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias” (p. 4).<sup>1</sup> No obstante, ya otros autores habían utilizado con anterioridad ese concepto; incluso, a inicios de la década de los años 70 ya existía una Asociación de Psicología de la Salud en Cuba. Tal como lo señala la junta directiva de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud, ALAPSA, “para ser fieles con la historia, la Psicología de la Salud nació en Latinoamérica a finales de los años 1960, con la ocupación de posiciones en el nivel de política central en el Ministerio de Salud Pública de Cuba, y el desarrollo peculiar de servicios de Psicología en una extensa red institucional en salud. En 1974, cuando Stone proponía el término ‘Health Psychology’ para crear un nuevo curriculum en la Universidad de California, ya estaba creada la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, la cual reforzó la identidad profesional del psicólogo en este campo” (p. 10).<sup>2</sup>

En Colombia, en la década de los años 80 se dió un amplio movimiento progresivo en este campo, que condujo a la consolidación y desarrollo extenso de una Psicología clínica de la salud, con énfasis en actividades de prevención secundaria y terciaria, y a la superación de la etapa de realismo ingenuo. Hechos que confirman la anterior afirmación, entre algunos dignos de mencionar, son: a) la creación de amplios grupos de trabajo profesional en centros de atención en salud como el Hospital Militar Central de Bogotá; b) el movimiento de educación continuada en el área, con la visita al país de importantes investigadores del extranjero; c) el surgimiento de las cátedras de Psicología de la salud en los programas formales de Psicología, con el incremento consiguiente de proyectos de investigación, programas de extensión, y tesis de grado sobre tópicos propios de la Psicología de la salud; d) la realización de gran cantidad de foros, conferencias, simposios, seminarios y congresos relacionados con la Psicología de la salud. En esta década el evento más importante se da, precisamente, en el marco del primer congreso de la Asociación Colombiana de Análisis y Terapia del Comportamiento -ACATC- en 1988, evento en el cual participaron cinco invitados extranjeros del campo de la Psicología de la salud, dictando conferencias y talleres sobre temas tan diversos como la educación para la salud, y el manejo de los aspectos comportamentales asociados al tratamiento de

los pacientes con cáncer. e) La creación en la Universidad Nacional de Colombia del programa de Especialización en Psicología Clínica Experimental y de la Salud en 1989, hoy programa de Especialización en Psicología y Salud, del cual han egresado a la fecha tres promociones.

A principios de la década de los años 90 se continuó la misma tendencia. En 1990 se fundó la Asociación Colombiana de Psicología de la Salud -ASOCOPSI- y se instauraron los Concursos Colombianos de Investigación en Psicología de la Salud. Sin duda, el principal aporte de la Asocopsis ha sido la realización de los Congresos Colombianos de Psicología de la Salud; el IV congreso tuvo lugar en 1997 en Bogotá. En esta tarea, la Asocopsis se ha distinguido por desarrollar actividades conjuntas con las instituciones de educación superior que imparten programas de Psicología. Se menciona este hecho porque apunta al señalamiento de una característica dominante de este campo en Colombia: su surgimiento y desarrollo en íntima unión con las labores académicas y científicas de las universidades, y, en menor grado, en el seno de las instituciones de salud pública.

En noviembre de 1996 se creó la seccional de Colombia de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA), hecho que abre vías de integración importantes entre los psicólogos colombianos y los demás psicólogos e instituciones latinoamericanos, principalmente en las áreas de formación posgraduada y de intercambio de experiencias en el campo de la Psicología de la salud.

En la actualidad, a pesar del gran desarrollo alcanzado, la situación de la Psicología y de los psicólogos en el ámbito de la salud dista mucho de ser la óptima. Profesionalmente es bajo el nivel de empleo y de remuneración de los psicólogos. Por otra parte, aún es muy bajo el nivel de implementación de los rubros de promoción y de prevención en el contexto de la Ley 100 de 1993; estos rubros por su naturaleza son, precisamente, los que están llamados a fomentar la importancia asignada a los factores psicosociales y comportamentales en la atención del proceso-salud enfermedad; en la medida en que se avance en su implementación podrá consolidarse una nueva vertiente, la de la Psicología social de la salud, que amplía el horizonte tradicional de la Psicología clínica de la salud al preocuparse más por la prevención primaria, la educación para la salud, la promoción de la salud, y la utilización de metodologías surgidas al interior de la Psicología comunitaria. En estas áreas, con más énfasis en la investigación psicológica básica que mejore los fundamentos de sus extensiones al ámbito de la salud, y con la superación de algunos sesgos que en ocasiones le impiden a la Psicología de la salud desligarse a sí misma del tan criticado modelo biomédico, se encuentra el mejor presente y la principal proyección a corto y mediano plazo de la Psicología de la salud en Colombia. 

1. Matarazzo, J.D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-4.
2. Junta Directiva de la Alapsa (1997). Psicología de la Salud: Una perspectiva Latinoamericana. *Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud*, 1, 6-19.