

REDIMENSIONANDO EL ECRO DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD EN CUBA. CUESTIONES RELEVANTES A UNA MIRADA PSICOSOCIAL

Manuel Calviño

Facultad de Psicología, Universidad de La Habana. Cuba.

Resumen

La Psicología de la Salud en Cuba es el área de despliegue profesional y científico de la psicología que ha logrado el mayor desarrollo, consistencia y generatividad en nuestro país. La existencia de una sólida unidad de trabajo dentro del Ministerio de Salud Pública, y un despliegue profesional de avanzada de los psicólogos y las psicólogas, han sido factores definitorios de este desempeño. No obstante, el propio desarrollo de la psicología, y sobre todo los cambios que se están produciendo en Cuba desde los inicios de la década de los noventa, exigen una nueva mirada, una ampliación del paradigma, que dé cuenta de cómo algunos de los procesos promueven la aparición de nuevos problemas de salud no concebidos desde la mirada institucional.

Palabras clave: Psicología de la Salud, psicosocial, institución, Cuba, economía

Abstract

The Psychology of Health in Cuba is the area of professional and scientific development of Psychology that has achieved the greatest development, consistency and generativity in our country. The existence of a solid unit of work within the Ministry of Public Health, and an advanced professional deployment of psychologists and psychologists, have been defining factors of this performance. However, the development of Psychology itself, and especially the changes taking place in Cuba since the beginning of the 1990s, require a new look, an extension of the paradigm, which accounts for how some of the processes promote the emergence of new health problems not conceived from the institutional perspective.

Keywords: Health Psychology, psychosocial, institution, Cuba, economy

El viernes 18 de mayo de 2018, justo en el momento en que estaba terminando de leer este texto en el VIII Congreso de ALAPSA, sobre las doce del mediodía, un avión que cubría la distancia Habana-Holguín, se desplomó instantes después del despegue en el Aeropuerto Internacional de La Habana, con un terrible saldo de más de un centenar de muertos.

El mismo día, y los subsiguientes, fui testigo presencial (y partícipe) de un despliegue de solidaridad, profesionalismo, compromiso humano, con las organizaciones del Estado, el gobierno y el Partido al frente, que es difícil que se pueda encontrar en otros países. Una entrega total a las personas, a los familiares de los fallecidos, en un extremadamente difícil trance personal. Un Ministerio de Salud Pública que en avalancha organizada y de alto nivel técnico, desplegó todas las fuerzas y recursos imaginables (y no tan imaginables) para aliviar el sufrimiento, para hacer todo lo necesario y más, en aras de esas personas cuyas pérdidas fundamentales eran irre recuperables. Eso no hay como no reconocerlo, no hay modo de negarlo, de ocultarlo.

Los cubanos y cubanas nos sentimos orgullosos. Orgullosos y seguros, protegidos, cuidados. Y esto es el resultado de una política de Estado, y de un desempeño institucional magistral del MINSAP. Así como tendí mi mano solidaria a los familiares de las víctimas, extendiendo mi agradecimiento y reconocimiento al Ministerio de Salud pública, a sus trabajadores –médicos, médicos forenses, enfermeras, psiquiatras, psicólogos, etc.–, a los organismos que hicieron aportes fundamentales, para que la marca de la infelicidad que la tragedia trajo a varias familias cubanas, pueda ser al menos llevada con menos peso. Gracias.

Comienzo con una declaración –argumentada y demostrable: La psicología de la salud es el área de despliegue profesional y científico de la psicología que ha logrado el mayor desarrollo, consistencia y generatividad en nuestro país. Es la de mejor posicionamiento, nacional e internacional. Es la producción más lograda de las prácticas profesionales y científicas de la psicología en el país. Es un producto genuino de la intersección de los desarrollos de la psicología nacional e internacionalmente, y las políticas institucionales de salud del gobierno cubano, características de la situación de Cuba en los primeros años del proceso revolucionario, y sus desarrollos ulteriores. La psicología de la salud es un logro indiscutible de las y los centenares de psicólogas y psicólogos cubanos que abrazaron las ideas de los iniciadores, y mantuvieron un paso certero.

Un logro tan destacado como este merece no solo un elogio, sino también un repensar, una discusión al interno de sus cultivadores (y colaboradores), en el ánimo de no caer en el “*estancamiento del éxito*”, y seguir produciendo las prácticas que hoy son demandas en contextos similares y distintos, coherentes y contradictorios, en cualquier caso diferentes a aquellos en que la disciplina se originó. El país ha cambiado, está cambiando, va a cambiar aún más. Y, como dice Pinillos “... la modernidad en que la Psicología se hizo ciencia ya quedó atrás, y la psicología científica tendrá que decidirse a explorar sin reticencias otras maneras de hacer ciencia distintas de las que aprendió durante la modernidad” (Pinillos, 1996:38).

Coincido con Infante, que avanza en una dirección sin duda alguna fundamental, cuando señala:

La Psicología de la Salud ha tenido en los últimos años un desarrollo emergente ... Sin embargo... aún no estamos ni en un 50% del desarrollo de sus potencialidades. Existen barreras para que dicho aporte pueda ser más efectivo y se hagan visibles la presencia de los factores de naturaleza psicológica y social que están presentes en la determinación de la Salud (Infante 2013:235).

Me propongo contribuir a este “repensar”, no desde la verdad posible, sino desde el natural acto de búsqueda de móviles de cambio, ojalá que de crecimiento, pero sobre todo de analizar los posibles escotomas¹ que los paradigmas activos y exitosos suelen traer consigo.

Voy a partir en esta búsqueda, que es también una invitación a todos y todas, de la propia definición de psicología de la salud –bueno, una de las tantas posibles y reconocidas–, toda vez que, como “*e/ sepulturero*” de la alegoría marxiana que es creado por el propio modelo (el capitalismo en el análisis marxista), encuentro en la propia definición un elemento que constituye el germen de la demanda de cambio que hoy asoma al menos en el contexto nacional.

Una de las definiciones que considero más integrativas e integrales la podemos encontrar en Morales F. (1997):

la psicología de la salud es la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el

¹ Escotoma, escotomizar: En Medicina, escotoma es un punto o región ciegos dentro del área de visión, que el paciente a veces ignora que posee. Este desconocimiento se debe a que no ve esta área como una mancha negra, sino que los objetos que entran en ella, se vuelven invisibles. L. Rambaut (2013) *Diccionario Crítico de Psicología Social según la teoría del Dr. Enrique Pichon Rivièrè*. Buenos Aires: Ion.

estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben (Morales 1997 :57-58)

La definición de Morales, con el ánimo de un análisis más didáctico, puede reducirse a una expresión más moldeable. Aunque advierto que volveré a ella para una reinterpretación de su postulado. De manera general, hay dos ideas básicas y que están contenidas en la bien conocida definición de Stone: “La psicología de la salud, es el desarrollo y aplicación de la teoría y competencia psicológicas a las acciones del sistema de salud” (Stone 1988:20).

Como decía, dos cosas integran esta definición básica. Veamos la primera: “el desarrollo y aplicación de la teoría y competencia psicológicas”, es decir el saber y el saber hacer de la psicología aplicado a un campo específico, como todas las psicologías aplicadas.

El motor de desarrollo de la psicología de la salud, en este caso, está favorecido por el desarrollo mismo de la psicología. La aparición de nuevos paradigmas, de nuevos campos de expresión, tecnologías, conceptualizaciones, etc. son fuentes potenciales de cambio (ensanchamiento, productividad, gestionabilidad, aperturas de nuevos abordajes). Si revisamos los trabajos de autores cubanos que se presentan en este mismo Congreso, vemos “*novedades recientes*” (o relativamente recientes): psicoterapia basada en la evidencia, salud psicológica, inteligencia emocional, *work engagement*, neurociencias, así como en su momento lo fueron la terapia cognitivo conductual, o los enfoques comunitarios, el psicodrama, la resiliencia, el *burnout*.

Este tipo de cambio, que de algún modo recuerda aquella taxonomía binaria de Watzlawick de cambios tipo 1 (C1) y cambios tipo 2 (C2) y se ubicaría en los del tipo 1, podría ser representado como las modificaciones de los saberes y las prácticas con ellos relacionados, pero sobre los mismos objetos. Es como pasar de ver con lentes, a ver con lupa, luego con microscopio, luego con microscopio electrónico, y así sucesivamente. Se ve más, se ve mejor, se ven cosas que antes no se veían, se puede pensar de formas diferentes, pero sobre los mismos objetos.

No tengo la más mínima duda, y comparto lo expresado por Grau, Infante y Díaz (2012), cuando dicen que:

El desarrollo de la Psicología de la Salud en Cuba ha seguido un proceso que no es ajeno a factores que, a nivel mundial, han permitido la relevancia del componente psicosocial en las Ciencias de la Salud y que en las últimas décadas han condicionado la inclusión de las Ciencias Sociales en una nueva forma de pensar en salud. Destacan, entre otros, el reconocimiento del enfoque biopsicosocial como adecuado reemplazo al modelo biomédico, la conceptualización de la salud y la enfermedad como un proceso, el conocimiento acumulado de factores psicológicos y sociales intervinientes en este proceso, la transición epidemiológica, la emergencia de constructos como calidad de vida y bienestar en relación con la salud, el fracaso de los sistemas de salud tradicionales para abordar aspectos promocionales y preventivos y el cuidado de enfermos crónicos, la implementación de la atención primaria como escenario fundamental para muchas de estas acciones y la creciente relevancia del trabajo en equipos multi e interdisciplinarios (p.3)

Pero, considero que se ha producido sobre todo un proceso de profundización, y menos de extensión, de extensión más allá de los límites actuales. Y, me anticipo a mi segunda reflexión y fundamental, cuando se produce una extensión a nuevos “objetos”, esta está sobre-determinada, es decir planteada primero como objeto del sistema institucional, y solo después como objeto de las prácticas,

verbigracia de la psicología de la salud. Lo que introduce una posibilidad de acción para favorecer el desarrollo extensivo, toda vez que el reconocimiento del sistema es, generalmente, lento por la carga de representación que exige, así como las confirmaciones y consensos discursivos con otros sistemas institucionales.

Un ejemplo personal puede servirme de referencia. Hace ya algunos años, realicé una encuesta (Lada-survey) a más de 540 estudiantes de la enseñanza técnica. El tema central era el consumo de marihuana. Estaba yo preocupado por lo que el día a día me mostraba, empíricamente, como un incremento en el consumo de la hierba.

Teniendo como resultado que el 100% de los encuestados dijo que *“entre mis amigos cercanos hay algunos que fuman marihuana”*, me lancé a preparar dos programas de televisión, sobre todo orientados a que la familia cubana tuviera la posibilidad de percibir los rasgos distintivos del estado de *“embriaguez”* producido por dicha droga, diferenciándolo del que se produce por el alcohol. Para la familia cubana, era un suceso desconocido, diría que ni representado, y era un buen momento para llamar la atención sobre el asunto con un sentido promocional.

Los programas no salieron al aire, porque *“en Cuba no tenemos ese problema”*.

Puedo entender la no pertinencia de la masificación, vía televisión, de un tema que no movía las estadísticas de morbilidad, de los problemas de salud del país. Pero muy poco tiempo después la situación cambió dramáticamente.

La droga, la marihuana, no es un problema de salud, hasta tanto no alcanza la mirada extensiva de las entidades competentes. Pero el contacto primario con el problema, de alguna manera lo anticipaba. Y esto es, a mi juicio, una oportunidad de mejora. Podemos hacerlo mejor.

Para mirar desde la psicología de la salud, les propongo un ejercicio.

En una publicación de 1983, García, al hacer referencia a los problemas que se estudian, señala:

... El comportamiento de la reproducción. La motivación en salud y el comportamiento individual. Las reacciones al *stress* emocional. Las reacciones al *stress* de la enfermedad, el tratamiento y la hospitalización. Los aspectos sociopsicológicos de la prestación de los servicios de salud: Funcionamiento del equipo de salud; La satisfacción laboral en las ocupaciones de salud; El proceso de la hospitalización y las necesidades psicológicas del paciente; La relación médico-paciente. Los aspectos sociopsicológicos de la utilización de los servicios de salud: Evaluación de la población sobre los servicios recibidos, Cultura en salud y su relación con la utilización de los servicios de salud. Participación de la comunidad organizada en las tareas de salud (García 1983; 3-4)

La misma autora en el 94, se refiere a dos períodos diferenciables. En el primero, en la primera década, los objetos estudiados eran: enfermedades tales como la hipertensión, el infarto del miocardio, la diabetes, el cáncer, el asma, la úlcera duodenal, las nefropatías, las lesiones de la médula espinal, y las repercusiones psicológicas de la enfermedad sobre la personalidad del paciente, así como su impacto en su participación en la vida escolar, laboral, social en general. Se hablaba de psicoterapia grupal, terapia comportamental individual, etc. En la segunda década aparecen además de los ya mencionados, otros como las invalideces del aparato locomotor, los trasplantes, el dolor, y en este sentido, se amplía el espectro de las enfermedades estudiadas, y también se trabaja en los aspectos psicosociales y sociales asociados a las enfermedades, las fuentes de estrés psicosocial, las dificultades en la adhesión al control médico, los trastornos afectivos, las características de las familias, el impacto de la enfermedad sobre la familia, y la sociedad (García, 1994).

Llamo la atención sobre lo que pudiera llamar el Homo ECRO² de la psicología de la salud. Una unidad conceptual, metodológica y de campos de actuación, problemas, etc., marcados por la línea definida de los problemas de salud identificados por el Ministerio de Salud Pública. Y esto es una fortaleza desde dentro del modelo institucional. Nadie lo dude.

Esto es lo que encontraron los especialistas antes del primer quinquenio de los 2000.

Pero, mirando al Congreso *PsicoSalud 2008*, Morales observa y pone en evidencia sus temáticas:

Adulto mayor. Sistemas de apoyo familiar, cuidadores, comunicación, trabajo grupal para el fomento de la salud con estas personas ... Manifestaciones psicológicas e intervenciones con personas con enfermedades crónicas ... asma, el cáncer ... Alzheimer y epilepsia ... Sexualidad y salud reproductiva... salud reproductiva en adolescentes y su promoción, prevención de enfermedades de transmisión sexual, apoyo ... familiar en el embarazo ... formación de recursos humanos del campo de la salud y a psicólogos en universidades de este sector (Morales 2011: 28).

Obsérvese que no hay diferencias sustanciales.

El ejercicio que les propongo, como tarea ... para la casa, es mirar al Programa de este Congreso en el que nos encontramos. Hablo por supuesto de los trabajos de los profesionales cubanos, no por excluir a nadie, sino para atenerme al objetivo de mi intervención. Aunque quizás pueda servir a los visitantes para pensar en sus contextos.

Creo que nos sorprenderemos al ver las coincidencias que persisten en más de veinte años.

Insisto en llamar la atención sobre el aspecto contundente y positivo que significa que la psicología de la salud ha favorecido la creación de un poderoso ECRO, probablemente distintivo de nuestro país. Pero, nosotros no somos los mismos, y los asuntos que se trabajan sí lo son. Incluso, no solo donde hay líneas autorales directrices (por cierto de muy alto valor), sino también allí donde los actores profesionales son otros.

¿Es que somos poco creativos? ¿Es que somos resistentes al cambio o *inercio-adictos*? ¿Es que no tenemos ensanchamiento de nuestras capacidades? ¿Es que no vemos lo que sucede fuera del hospital, del policlínico, del instituto, o a dos centímetros de donde estamos en las comunidades donde trabajamos? Para nada. Tenemos una especialización, un contingente de profesionales de la psicología de la salud altamente capacitado, profesionales creativos, involucrados y comprometidos con el bienestar, la salud, la felicidad de los cubanos y las cubanas. Entonces, ¿qué pasa?

Vuelvo, como referente a la conceptualización de Stone. Ya dije que contenía dos aspectos básicos. El primero, que ha guiado nuestros avances se refiere, repito, a “el desarrollo y aplicación de la teoría y competencia psicológicas”. Y el segundo... aquí viene mi sugerencia hipotética de análisis: “La psicología de la salud, es el desarrollo y aplicación de la teoría y competencia psicológicas **a las acciones del sistema de salud**”.

Lo hago evidente, el segundo es que ese campo de aplicación de la psicología, del desarrollo de la psicología, es el Sistema de Salud, específicamente **las acciones del Sistema de Salud**. Y esto, a mi juicio, devela una marca que si bien en su origen y en la mayor parte de su desarrollo es favorecedora, como lo han reconocido múltiples autores, desde ya digo que establece una suerte de “escotoma” sobre posibles y necesarios desarrollos ulteriores.

Dicho quizás más crudamente, la idea, propuesta para su análisis, contempla el hecho de que el Sistema de Salud, generador de la representación de los problemas de salud de la población, con un modelo institucional de tendencia verticalista, con un concepto de “estanco segmento” institucional solo dentro del cual los problemas pueden ser catalogados como “problemas de salud”,

² ECRO: Esquema conceptual referencial operativo. En el texto se usa en el sentido de las representaciones, problemática, esferas de actuación comunes que conforman un “espacio” de saber y accionar profesional.

probablemente genera ciertos “escotomas” (zonas de ceguera), que se convierten en barreras potenciales para la ampliación adecuada a las nuevas realidades de las prácticas de la psicología de la salud.

La misma definición de Morales, mucho más contundente y aterrizada que la de Stone, contiene lo que estoy intentando poner sobre el ojo analítico. Dice Morales (antes citado) “Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la *determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales **que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud***” (la insistencia en negrita es mía).

Querámoslo o no, hay un límite establecido: lo que la institución de salud, define como “problema de salud”, y lo que dicha institución acepta como relevante a la salud entendida desde su perspectiva institucional. ¿Es posible un movimiento de desarrollo en esta condición? Sin duda que sí. Pero sujeto a la toma de decisión institucional. La propia forma en que funcionan los programas de trabajo, de investigación, los apoyos institucionales, etc. evidencian la idea de la verticalidad, con la consecuente limitación del desarrollo extensivo de una disciplina como la psicología de la salud.

Conste, que esto no es algo solo nacional. Estamos hablando de un “modelo institucional”, que define a la institución como “portadora-continente-responsable” del espacio asignado por las políticas gubernamentales, y que establece que todo lo relativo a la salud se gobierna (metodológica, conceptual y prácticamente) desde ese espacio. Por cierto, es esta una de las razones del por qué las acciones de salud no institucionalizadas siempre han sido objetos de rechazo, deslegitimación, prohibición, etc. No son pocos los ejemplos, recuerdo solo la exclusión del trabajo de los AA (Alcohólicos Anónimos), que fue hasta rechazado y excluido de las instituciones de salud, donde podía haber sido un colaborador, por cierto eficiente, en la batalla contra el alcoholismo, y haber tenido una acción colaborativa técnica que potenciara sus actividades.

Como tendencia, esta función “normativa” (reguladora, *disciplinadora*, etc.) se apoya en la primacía de un modelo conceptual de salud, un modelo conceptual de práctica profesional, y un modelo conceptual de ciencia, de cientificidad, que define lo que sí, y lo que no. Y, vuelvo a insistir, hay en esta mirada una oportunidad de mejora asociada a la construcción de prácticas, no solo del modelo a la empiria, sino de la empiria al modelo.

Estoy llamando la atención sobre como el modelo institucional de salud, pone un límite a los problemas de salud emergentes, toda vez que es la institución misma quien decide el carácter del problema. Y los tiempos institucionales son, por lo general, más lentos que los tiempos de emergencia y consolidación de los problemas de salud. En ellos se puede cumplir el principio según el cual, podemos tener la certeza de que tenemos tiempo aún, pero no tenemos la certeza de precisar cuándo va a ser demasiado tarde.

Puede servir de invitación a la reflexión el hecho de la escasa presencia de los problemas de la psicología, de los psicólogos y psicólogas, en los asuntos de las políticas públicas. Para reafirmar al menos parcialmente lo que planteo, llamo la atención sobre la evidencia, creo que no casual, que en este mismo Congreso, en el Área de “Psicología y Políticas de Salud”, no hay un solo trabajo de psicólogos cubanos. Solo una conferencia del Dr. Struch, excelente profesional de la medicina y del ejercicio de las políticas de salud. En todo caso sí hay dos trabajos vinculados a “emergencias y desastres”. Pero ni tan siquiera el asunto de las políticas públicas, más allá de su aplicación y cumplimiento, es algo que está dentro de las problemáticas esenciales de la psicología de la salud, a no ser como actor de decisiones, como partícipe institucional de ellas.

A esta altura, considero necesario aclarar dos cosas en este análisis (entre otras cosas porque no faltan las mentes obtusas que ven fantasmas de enemistad y crítica malsana, donde solo hay afán de cooperación, co-construcción, y posibilidad de mejoramiento desde el compromiso fundamental).

Primero, que entiendo que esto es una necesidad del diseño institucional de un país, solo que visto desde una mirada tradicional amplificable. Y en la medida en que el modelo institucional tienda más al

asistencialismo, más fuerte será la tendencia. Claro, que hay una encomienda social legítima; un principio rector de justicia impecable. Pero, como todo lo bueno, hasta la virtud, tiene su lado que necesita ser cuidado.

Segundo, que no me anima para nada la idea de desarticular, de quitar un modelo para poner otro. Mucho menos cuando la eficiencia del modelo es alta. Solo pretendo llamar la atención sobre la necesidad, la conveniencia, de la construcción de un espacio de diversidad, democratizador, que incluso aumente la probabilidad de una mejor funcionalidad institucional.

Una interesante tesis nos presenta De la Torre (2009) en un análisis sobre el ejercicio profesional de la psicología en el país:

Las definiciones políticas del Gobierno Revolucionario cubano y sus formas particulares de concreción, marcan desde un inicio algunos rasgos propios, tal vez distintivos, de la profesión de psicólogo en Cuba.

El carácter “estatal” de los vínculos profesionales. Todo el ejercicio profesional de la psicología se enmarca dentro de las prácticas estatales... **instituidas por las políticas del partido, el estado y el gobierno** (el subrayado es mío).

El carácter “político” de las prácticas profesionales. El sentido de la profesión se centra en el ejercicio de un conjunto de tareas (funciones) que tienen un carácter político esencial. Lo que demanda la adscripción de la disciplina y del profesional al proyecto (programa) político del gobierno.

Los profesionales de la psicología, en el macro del diseño socio político de la revolución son concebidos como especialistas de la revolución, por la revolución y para la revolución. (Torre de la, 2009: 3-4)

Es decir, las prácticas profesionales responden a las políticas institucionales, como señalan tres actores del paradigma de la psicología de la salud, se trata de “la respuesta que puede ofrecer la psicología a los objetivos, propósitos y directrices del Ministerio de Salud cubano” (Grau, Infante, Díaz 2012:11). Pero como toda política institucional, me comprometo y digo que no siempre son contenedoras del universo total no solo posible, sino demandante, de problemas.

Para un testimonio más, desde adentro, desde los actores mismos, dicen los autores:

En 2006, con el auspicio del Grupo Nacional de Psicología, varios psicólogos expertos en el tema realizaron un importante ejercicio metodológico de análisis sobre las modalidades de incorporación de la psicología en las proyecciones futuras de trabajo del Ministerio de Salud Pública, concretamente hasta 2015 ... Diferentes comisiones elaboraron recomendaciones para la acción en el campo de las enfermedades crónicas y bucodentales, los trastornos mentales, las lesiones autoinfligidas y los accidentes, las enfermedades osteoarticulares y las discapacidades, los trastornos de transmisión respiratoria y digestiva, las enfermedades infectocontagiosas, el VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual, los factores de riesgo relacionados con el comportamiento como el tabaquismo, alcoholismo, drogas ilegales, nutrición y obesidad, etc. También, se vislumbraron las acciones psicológicas necesarias para ejecutar en grupos de edades especiales (pediátricas, mujeres y adultos mayores), para trabajar fundamentalmente con familias no solo disfuncionales, sino sanas, con un sentido educativo y una orientación comunitaria... además, se analizó la participación de la psicología en la formación de los recursos humanos en salud (ídem: 10).

Puede incluirse esta referencia en el ejercicio que les propuse antes, y seguiremos dentro de las coincidencias. “Más de lo mismo” para volver a recordar a Watzlawick, lo cual no está mal, no está nada mal, pero es, y puede resultar insuficiente.

No estoy, en este trabajo, cuestionándome la necesidad de un modelo institucional de funcionamiento, sino solamente intento testimoniar la necesidad de su ampliación. De hecho, la toma de conciencia parcial de ciertas limitaciones asociadas a este modelo institucional ha hecho que en los últimos años se hayan presentado importantes propuestas conceptuales y funcionales asociadas al concepto de “intersectorialidad”, tema que ocupó la conferencia inaugural de Psicosalud 2017, dictada por el Doctor en Ciencias Pastor Castell Florit-Serrate, quien siempre ha defendido, y destacó en esa oportunidad, el papel relevante de la psicología para la salud pública cubana.

En aquel *PsicoSalud 2017*, en la intervención del Dr. Castell, este con maestría y adecuación, defendiendo la tesis de la intersectorialidad, señalaba: “el esfuerzo por mejorar la salud, el bienestar y el alargamiento de la vida de las personas, con calidad, no es competencia solo del sector salud. Recordemos que la salud es un producto social... De ahí que se requiere de la intervención conjunta de todos los sectores. No se trata solo de morbilidad y mortalidad, sino de actuar sobre los riesgos y los determinantes de la salud, donde cada eslabón de la sociedad interviene, desde la comunidad, la familia, hasta el individuo” (Lamentablemente esta es una cita desprotegida, solo avalada desde mis notas tomadas en la conferencia, y desde las referencias del periódico *Granma* que notició la intervención de Pastor – “Sin Psicología no hay verdadera salud” <http://www.granma.cu/salud/2017-11-01/sin-psicologia-no-hay-verdadera-salud-01-11-2017-14-11-03>)

Ciertamente, si asumimos que la salud es un producto social, estamos inevitablemente reconociendo no solo la necesidad de la intersectorialidad, sino más allá de esta, la imperiosa necesidad de la asunción del principio de la realidad social como generadora de dicho producto, y por ende la necesidad del análisis social para entender los problemas en toda su dimensión.

¿Pero cuán amplia es la dimensión social de la salud, si salimos de los límites de lo pautado por su definición institucional? Llamaré la atención solamente sobre dos aspectos que considero esenciales-

Uno de los acercamientos, a mi juicio, fundamental que se ha promovido se relaciona con la adopción de un enfoque psicosocial:

Promover el enfoque psicosocial en la investigación vinculada a la prestación de servicios de salud es esencial para tener una visión más completa de los problemas de salud, para conocer el papel específico de los factores conductuales y sociales en la prevención de enfermedades y el fomento de la salud, para trasladar el énfasis del tratamiento a la prevención y también para lograr mejores efectos en los tratamientos a muchos enfermos (Grau, Infante, Díaz 2012:17).

¿Pero qué es un enfoque psicosocial? ¿Qué se entiende por “psicosocial”?

En principio parece un axioma, algo que todo el mundo asume que sabe lo que es, pero que no es posible definir, porque en sí mismo es su definición.

En algún momento, en busca de una precisión general, señalé que:

Al referirnos a “psico” y “social”, estamos ante un referente donde se trata de comprender a las personas (y obviamente los problemas que se presentan como productores de malestar...), en una intersección de los espacios o dimensiones más personales de su vida (de ahí lo de psico), y aquellos en los que el registro de lo real dictamina desde (con) las exigencias (condiciones) de sus situaciones reales de existencia (de ahí lo de social). Hablamos del sujeto (individual, grupal, institucional) y sus circunstancias reales de existencia... (Calviño, 2010: 179)

Pensando en las temáticas reconocidas de la psicología de la salud, dice Morales (1997) que:

Los seres humanos vivimos en circunstancias sociales concretas, insertos en un modo de producción dentro del cual ocupamos una posición determinada. Las circunstancias naturales y la propia dotación biológica personal, adquieren sentido en relación con el

logro de un nivel de salud o el desarrollo de una o más enfermedades específicas solo entendidas en ese contexto (1997:13).

Lo psicosocial, no es solo del orden de lo psicológico o del orden de lo social, no hace referencia solamente a dos variables que se influyen mutuamente (esto ya lo sabemos, y es por cierto “pre-vygotskiano). Lo interesante, si se quiere diferenciador, es que hace referencia a la unidad de los dos elementos distinguibles al menos en el espacio de la actuación sobre (con, desde, para) ellos. Intento precisar: un patrón de conducta que contiene ambos elementos, y es expresión tanto de las peculiaridades psicológicas de su portador, como del contexto social en el que vive. De modo que, del mismo modo que podemos “leer” lo psicológico del sujeto en dicho patrón, podemos también leer su contexto real de vida.

Así como hoy hablamos de la unidad psicosomática, y su sintomatología es puerta de entrada sea a los componentes psicológicos como a los componentes físicos (fisiológicos, biológicos, etc), podemos hablar de lo psicosocial: la unidad de los aspectos bio-psico-sociales de una manifestación determinada, de una conducta, de una expresión comportamental de los sujetos.

Vista así, la conducta del alcohólico es una unidad de lo psicológico y lo social, no podemos entenderla solo desde un tipo de variable. Es una “opción condicionada”, o dicho en términos contemporáneos una construcción “por *default*”, predeterminada en este caso por una integración de variables, y no por su mutua influencia. Así mismo, la pobreza, verbigracia, no puede ser entendida sin la configuración subjetiva que emerge en la condición económica. Recuerdo que en algún momento enarbolamos junto al concepto de “subdesarrollo económico”, el de “subdesarrollo mental”, o la estructura mental del subdesarrollo, y no para hacer referencia a ciertos déficits del funcionamiento cognitivo, emocional o *personológico*, sino llamando la atención sobre un “modelo mental”, es una “condición de sujeto”.

Y he aquí una oportunidad importante de ampliación del ECRO de la psicología de la salud: el entender que ciertos fenómenos llamados sociales, entendiendo por esto la impronta de los contextos, de las condiciones reales de vida de las personas, y ciertos fenómenos llamados psicológicos, por su naturaleza subjetiva, tienen que ser entendidos como unidad de ambos, y no solo como interacción de variables.

Hay todavía una precisión de lo psicosocial que no puede escapar a nuestra mirada, en aras de ese ensanchamiento del ECRO.

Sánchez Vidal (1990), refiriéndose a la comprensión de lo psicosocial, señala la existencia de dos concepciones: una, como relación entre variables sociales y psicológicas en que la intervención sobre las primeras produce cambios deseados en las segundas; la otra, como acción centrada en las variables “intersectivas”, propiamente psico-sociales.

Pero, más allá de su conceptualización, insisto en la idea de la unidad de acción que supone el enfoque psicosocial, tanto en su momento interventivo, como en su momento diagnóstico, preventivo, promocional, es decir en todo el diapasón de acción de la psicología de la salud.

En esta dirección, es inevitable poner en evidencia que no se trata solo del reto conceptual que esta noción supone, tomada en toda su amplitud, y no solo como “interacción de variables” –lo cual creo ha dominado el tratamiento de los problemas en la psicología de la salud– sino el mismo **posicionamiento del profesional** de la psicología de la salud en los contextos de sus prácticas.

Al respecto Sánchez y Morales (2002) afirman:

La intervención psicosocial es una de las fórmulas más recientes y eficaces diseñadas para que la acción psicológica pueda enraizarse socialmente. Uno de sus rasgos definitorios es el intento de integrar al psicólogo en el contexto en el que va a desarrollar su trabajo ... cabe señalar el conjunto de esfuerzos interventivos de los psicólogos en la acción social (2002: 20)

Me tomo la atribución de un parafraseo de Montero, y digo desde su idea: en lugar de ser un testigo de los procesos sociopolíticos que afectan al individuo, la psicología de la salud debe avanzar en su posicionamiento como medio para intervenir en las transformaciones sociales que afectan la salud de la población, para producir respuestas a los problemas de salud planteados, no solo por la Institución rectora en el país, sino por las mismas relaciones sociales, económicas y políticas.

Pero, ¿por qué he llamado la atención sobre la necesidad de trascender las determinaciones institucionales, y las de asumir un posicionamiento ante las transformaciones sociales que afectan la salud de la población?

Sencillamente porque el país ha cambiado, está cambiando, y seguirá cambiando, y no deberíamos llegar a nuestro próximo encuentro de psicología de la salud sin que en sus presentaciones reconozcamos la presencia de asuntos que hoy llaman la atención por su ausencia.

En la mirada de la OPS y la OMS a los “Principales problemas y retos en el ámbito de la salud” se señala que “Las metas de salud ya no se limitan a reducir la prevalencia o incidencia de las enfermedades, o a mejorar los servicios de salud, sino que también tienen como propósito reducir las inequidades en materia de salud, mediante la inclusión de la salud como parte de todas las políticas y la comprensión de que la salud es tanto un componente como un factor crucial para el desarrollo sostenible”. (OMS, OPS. 2017)

Más adelante se definen seis temas fundamentales, y quiero llamar la atención sobre algunos de ellos.

En el tema 2, por ejemplo, se dice que “la violencia es uno de los subproductos que se asocian con la gobernanza débil, el estado de derecho deficiente, el aumento de la desigualdad de ingresos y las oportunidades educativas limitadas, y las mujeres y los niños son sus víctimas más frecuentes”. (idem anterior 2017). Mientras en el tema 6 se habla de las inequidades en las Américas, y se precisa: “América Latina y el Caribe sigue siendo la región más desigual del mundo, con casi un tercio de la población por debajo del umbral de pobreza. Esta enorme disparidad es una de las causas que subyace no solo al mayor riesgo de padecer ENT, enfermedades infecciosas, desnutrición y una menor esperanza de vida para los quintiles inferiores de la distribución socioeconómica, sino que también está directamente asociada con el acceso reducido a los servicios de salud. En consecuencia, las inequidades constituyen un obstáculo importante para alcanzar el acceso universal” (idem, 2017)

Inequidad, pobreza, exclusión, desarrollo desigual, etc. son nociones que forman ya parte del accionar en materia de salud. No basta con estudiar sus efectos, hay que remontarse hasta ellos mismos para garantizar acciones eficientes de cambio.

¿Y qué tiene eso que ver con Cuba, y con la psicología de la salud en Cuba? Algunos todavía piensan que no tiene nada que ver, pero en realidad tiene todo que ver.

Hace unos años atrás, me hubiera identificado totalmente con la idea de que: zzz

Las características de la Salud Pública cubana no exigen una contribución importante de los psicólogos en la reducción de las desigualdades en el acceso a la salud y la inequidad en los servicios de salud, por razones obvias (segunda tendencia más importante de la Psicología de la Salud mundial). El sistema cubano de salud es universal, accesible, gratuito y de cobertura nacional. Sin embargo, los psicólogos podrían incrementar su potencial efectividad en el aumento del acceso a los servicios preventivos (tercera tendencia de la Psicología de la Salud mundial). Aquí, "acceso" no debe analizarse solamente como disponibilidad de los servicios o imposición paternalista de programas promocional-preventivos, sino en el sentido de la motivación y la inducción de las personas, de forma voluntaria, comprometida y sistemática, a involucrarse con estos servicios de cuidado a la salud; no sólo con una orientación individual, sino social-comunitaria y con estimulación de la participación popular. Se

trata también de dotar a los médicos y otros profesionales de la salud de herramientas más efectivas (y no sólo informativas o incentivadoras) para lograr cambios de comportamientos y estilos de vida sobre la base de la autorregulación personal y la participación de la población en la búsqueda de una mejor salud. Esta podría ser la segunda gran contribución de los psicólogos cubanos de la salud, a la luz de las tendencias mundiales de desarrollo de esta disciplina, en los años por venir. (Grau, Infante, Díaz 2012)

Sin embargo, hoy no puedo. Hoy no debo. Responsablemente, no debo. Revolucionariamente, no debo. Convencidos como estamos, y hemos defendido en nuestro discurso político, que la pobreza, la exclusión, la injusticia, la inequidad, la limitación de acceso a la educación, a los servicios de salud, las prácticas hegemónicas, y todos los aledaños perversos, son las causas fundamentales, las causas instituyentes de la insanidad psicológica; confirmando que la miseria objetiva es la causa predominante de los avatares de la producción de subjetividades alejadas de sus capacidades salutogénicas, de su despliegue pleno, de su realización humanizada, estamos obligados a hacer una revisión de nuestra situación, del accionar de los psicólogos y psicólogas de la salud, desde las condiciones apremiantes y *aquejantes* de la vida de muchos cubanos y cubanas hoy.

Bajo los duros efectos que trajeron consigo los procesos políticos y socioeconómicos de los países socialistas y la consecuente destrucción del llamado campo socialista, con los procesos de recrudescimiento de las acciones del bloqueo (embargo), con la toma de medidas para contrarrestar estos efectos (no todas con consecuencias deseables) en aras de preservar los logros del desarrollo del país en los últimos casi 60 años, desde los inicios de los años noventa se han estado produciendo fenómenos sociales no previstos ni deseables.

Al respecto Zabala (2015) afirma que

“la crisis y la reforma económicas de los años noventa originaron efectos sociales indeseados en la sociedad cubana: deterioro de la calidad de vida de la población, ampliación de la diferenciación socioeconómica, producción o reproducción de brechas de equidad e incremento de la pobreza y vulnerabilidad. Aunque se mantuvo la equidad como principio rector de la política social, desigualdades e inequidades diversas se hicieron notables” (2015:33)

No voy a insistir en lo que la misma dirección del país ha reconocido, y ha hecho enconados llamados de alerta. Los hechos tienen que ser considerados para reconstruir el ECRO de la Psicología de la Salud. Por solo señalar algunas cosas, llamo la atención sobre el hecho de que el poder adquisitivo del actual salario estatal se encuentra por debajo del vigente en el año 1989; desde el Período especial ha disminuido de manera significativa el peso del salario dentro de los ingresos percibidos por los cubanos. Ciertamente que el salario medio ha crecido, siendo hoy de unos 740 pesos. Pero ese pago solo beneficia a 38% de los trabajadores, mientras que para el 60% la capacidad adquisitiva no posibilita dar respuesta a las necesidades cotidianas. Al mismo tiempo, hay una concentración importante del dinero, el 85% de lo depositado en el banco corresponde a 13% de la población. Mientras que para otros, la llamada población vulnerable o en riesgo según las denominaciones oficiales, se ha producido una importante precarización de la vida.

Llamémosle “población vulnerable o en riesgo” o “pobreza”, lo cierto es que tenemos hoy un sector de la población con serias dificultades para afrontar la satisfacción de sus necesidades básicas. Junto a esta, tenemos una población con muy amplia capacidad adquisitiva que marca el ritmo del mercado de adquisición (de superfluos y de satisfactores de necesidades básicas). Es cierto, y fundamental, reconocer que *“la existencia de la pobreza se enmarca en condiciones de desarrollo y protección social, en particular la amplia cobertura de seguridad social, salud y educación existentes”* (Zabala 2015:37)

Las preguntas que me-nos hago son: ¿tiene alguna influencia esto sobre la salud, y en particular la salud psicológica de estas poblaciones? ¿Influyen o no tales situaciones, y otras, sobre la salud de vida, la posibilidad de vida saludable, de estas poblaciones? E inmediatamente me respondo que sí.

¿Está nuestra Psicología de la Salud observando, atendiendo, estos posibles impactos? Aunque prefiero un no contundente, me conformo con un “no del todo”. Eso sí, que no sea complaciente, sino que reconozca los esfuerzos individuales que hacen algunos de nuestros profesionales, las reflexiones que ya se avanzan al respecto, la sensibilidad humana de nuestro gremio.

Las poblaciones desfavorecidas nos revelan problemas de salud psicosociales, comunitarios, que no están descritos en el modelo institucional. Nos traen situaciones que retan el ejercicio profesional de la Psicología. Hoy las vivimos, en la vida cotidiana, como ciudadanos integrados y comprometidos. No es suficiente. Tenemos que vivirlas, acompañarlas, afrontarlas y participar en su superación como profesionales de la Psicología comprometidos con el proyecto de prosperidad y bienestar del país, con la salud integral de las cubanas y los cubanos.

¿Significa esto desconsiderar todo lo que han hecho y hacen las instituciones de salud del país para garantizar el bienestar y la felicidad de los cubanos? Para nada. Este es un logro de los cubanos y las cubanas indiscutible. Multi-probado. Lo que estoy es llamando la atención sobre nuevas emergencias que no pueden, no deben, esperar por sus atendimientos institucionales, que requieren de una acción profesional inmediata de quienes hemos hecho de la salud y el bienestar psicológico de la población nuestro empeño profesional.

Nuestra Psicología de la Salud tiene que ensanchar su diapasón, tiene que hacer crecer su ECRO. Tiene que estar considerablemente más presente en las propuestas, elaboración y puesta en práctica de las políticas públicas; tiene que estar participando en los complejos procesos de decisiones que impactan sobre el nivel de vida de los ciudadanos del país, porque este se expresa en el estado de salud de las personas; tiene que estar develando las incongruencias que se presentan entre el proyecto socio-político económico de la nación, y su realización concreta en los niveles de base, en las comunidades, en las familias cubanas, porque esas incongruencias generan serios problemas de salud, que no dudo que aparezcan dentro del sistema de definiciones institucionales, pero que aparecerán tarde (tal vez demasiado tarde).

Nuestra Psicología de la Salud tiene que seguir avanzando más allá del paradigma médico asistencialista, aun cuando comunitario, al que se ha sumado con éxito desde sus orígenes; tiene que incluir la mirada a la disonancia salutogénica no solo desde el discurso del cuerpo, de la mente, y los contextos de vida, sino también desde las políticas, especialmente las políticas económicas. Eso es hacer revolución. Eso es hacer con la revolución. Eso es cambiar todo lo que tenga que ser cambiado.

Referencias Bibliográficas

Calviño M (2010). La aproximación psicosocial en orientación comunitaria. En Asebey A.R; Calviño M.(compiladores) Psicología y acción comunitaria: sinergias de cambio en América Latina (pp. 177-202). La Habana: Editorial Caminos.

García L., Rodríguez L (1983) La Psicología de la Salud en Cuba. Papeles del Psicólogo, 1983. Vol. 10-11.

García L. (1994): Dos décadas de investigación de Psicología de la Salud en América Latina (1972-1992). Boletín del Ateneo Juan César García, Vol. 2, No. 1.

Grau J, Infante O., Díaz J. (2012) Psicología de la Salud cubana: apuntes históricos y proyecciones en los inicios del siglo XXI. Pensamiento psicológico. vol.10 no. 2 , julio/diciembre. Cali, Colombia. 2012

- Infante O (2013) El enfoque familiar y comunitario. Una necesidad para la Psicología de la Salud contemporánea. En: Tópicos selectos en Psicología de la Salud. Aportes latinoamericanos" Godeleva R. Editora. Editorial Ducere, México. Pp. 231-259.
- Morales F. (1997) Introducción al estudio de la Psicología de la Salud. Secretaría General Administrativa. Editorial Unison. México
- Morales F (2011) La investigación en Psicología de la Salud en Cuba: experiencias y potencialidades. En: Estudios de Psicología, 16(1), janeiro-abril / 2011. pp23-30.
- OMS, OPS. (2017) Salud de las Américas En: https://www.paho.org/salud-en-las-americas2017/?post_type=post_t_es&p=1358&lang=es. Recuperado el 21 abril, 2018.
- Peláez M, Cañon O, Noreña N (2007) La intervención psicosocial en un contexto investigativo: Lecturas psico-sociales sobre jóvenes agrópolis – sector rural – desde diversos actores que los intervienen. Revista Aletheia, n.25, enero-junio, pp.191-201
- Pinillos, J.L. (1996). "La Psicología Científica y el fin de la Modernidad", Discurso pronunciado con motivo de su investidura como Doctor Honoris Causa en Psicología por la UNED Recuperado de http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,25571231&dad=portal&schema=PORTAL
- "Psicosocial" (s/f.). En *QueSignificado.com*. Disponible en: <http://quesignificado.com/psicosocial/> [Consultado:].
- Sánchez A, Morales J (2002) Acción psicologica e intervención psicosocial. En: ACCIÓN PSICOLÓGICA 1
- Sánchez A. (1990). «Técnicas de Intervención y Evaluación Psico-social. En: Valcarcel M.P y Meliá J.L (compiladores.) *Métodos y Técnicas de Intervención y Evaluación Psico-social*. Barcelona: PPU.
- Stone G. 1988:20 – Psicología de la Salud: Una definición amplia. En: Revista Latinoamericana de Psicología, año/vol.2º, número 001. Fundación Konrad Lorenz, Bogotá, Colombia. pp. 15-26
- Torre C. (2009) Historia de la Psicología en Cuba: Cincuenta años de Psicología- cincuenta años de Revolución. En: Psicología para América Latina. Revista de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología. Número 17- agosto. Disponible en: <http://www.psicolatina.org/17/cuba.html>
- Watzlawick P;Weakland J; Fisch R. (1976) Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Ed. Herder, Barcelona.
- Zabala MC (2015) Equidad social y cambios económicos en Cuba: retos para la atención a la pobreza y las desigualdades. En: Cuba: los correlatos socioculturales del cambio económico. Espina M, Echeverría D, coordinadoras. Editorial Ciencias Sociales y Ruth Casa Editorial. Pp.32-49.