

“ENTREVISTA: Psicología de la Salud desde la Perspectiva del Dr. Luis Flores Alarcón”

“INTERVIEW: Health Psychology from the Perspective of Luis Flores Alarcón, PhD.”

Entrevistado: Luis Flórez Alarcón¹

Entrevistadora/Editor and Interviewer: Dra. Norma Coppari de Vera²

CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”³
Universidad Católica “Ntra. Sra. De la Asunción”

Recibido: 21 de abril de 2015

Aceptado: 29 de abril de 2015

Estimado Colega

Dr. Luis Flores Alarcón

Por la presente le solicito nos permita acceder a una Entrevista para la Revista EUREKA, Vol. 12, N° 1, 2015, cuya fecha de edición está programada para Mayo/15. En caso de no aceptar agradecemos nos haga saber en la brevedad posible. El plazo de envío de sus respuestas es de 15 días.

Eureka como **Órgano Oficial del CDID**, “Centro de Documentación, Investigación y Difusión en Psicología Científica de la FFCH, Universidad Católica “Ntra. Sra. de la Asunción” tiene el propósito de brindar mayor visibilidad a la producción científica de los investigadores profesionales y estudiantes, nacionales y extranjeros. Con ello, creemos contribuir y promover al desarrollo del perfil científico-profesional de la Psicología Latinoamericana, y ciencias afines como ciencia, disciplina y profesión.

A continuación, se detallan las preguntas, con la aclaración de que puede incorporar los cambios que considere pertinentes, y reenviar sus respuestas a la misma dirección de correo electrónico: norma@tigo.com.py

¹ Correspondencia remitir a: luisflorez@cable.net.co Luis Flórez Alarcón Ph.D. Profesor Titular, Departamento de Psicología, Universidad Nacional de Colombia.

² Correspondencia remitir a: norma@tigo.com.py Dra. Norma Coppari (M.S.,M.E.), CDID “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

³ Correspondencia remitir a: revistacientificaureka@gmail.com o norma@tigo.com.py “Centro de Documentación, Investigación y Difusión de Psicología Científica”, FFCH-Universidad Católica de Asunción-Paraguay.

Desarrollo de la Entrevista

1. Dr. Luis Flórez Alarcón hace cuanto tiempo que ejerce la psicología, en que área, y a que institución/nes pertenece?

(LEFA): He ejercido la profesión por 40 años. Me gradué como psicólogo en Diciembre de 1975 en la Universidad Nacional de Colombia. Obtuve los títulos de Magister en Análisis Experimental de la Conducta (1982), y de Doctor en Psicología General Experimental (1998), ambos en la Universidad Nacional Autónoma de México. Desde 1985 soy profesor de tiempo completo en el Departamento de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia (UNC). Actualmente soy profesor titular. Desde 2010 soy también coordinador del programa de salud escolar ARCOS en la Facultad de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá (USB).

2. Podría darnos una breve semblanza de su trayectoria como docente, investigador y profesional colombiano?

(LEFA): Durante toda mi vida profesional he sido docente e investigador, pero también he ejercido aplicaciones prácticas (extensión), especialmente en el área de psicología de la salud desde 1980. Entre 1980 y 2000 trabajé principalmente en psicología clínica de la salud. En estas tres modalidades de trabajo (docencia, investigación y extensión) realizo programas anuales, conforme a la práctica usual de diseño de programas de trabajo anual que hacemos los docentes en la UNC. Entre 2000 y 2015 he trabajado principalmente en psicología social de la salud. Las áreas de docencia, investigación y extensión que he abordado en cada campo, son:

1) En psicología clínica de la salud, la principal experiencia la tuve como coordinador del Servicio de Psicología en el Instituto Materno-Infantil de Bogotá, entre 1988 y 2001; allí asistían a realizar sus prácticas profesionales los estudiantes del programa de pregrado en psicología, y los estudiantes de postgrado del programa de especialización en psicología clínica y de la salud. Personalmente me interesé durante ese período en la investigación de tipo psicoinmunológico en torno al embarazo de alto riesgo, particularmente con maternas que padecía pre-eclampsia. Sobre esta temática realicé mi tesis doctoral. Igualmente me interesé en la evaluación y modificación del estrés prenatal en general.

2) En psicología social de la salud me he interesado principalmente en desarrollar un enfoque de competencia social en el ámbito de la salud escolar, con énfasis en promoción y prevención, aplicando ese enfoque con niños, niñas, y jóvenes que cursan todos los grados de los ciclos de formación básica primaria y secundaria, hasta el momento en que egresan del bachillerato para ingresar a la educación superior universitaria. Dicho enfoque lo hemos diseñado, aplicado y evaluado en nuestro grupo de investigación de la Universidad Nacional de Colombia, que se denomina Grupo de Investigación “Estilo de Vida y Desarrollo Humano” (GIEVyDH). Los principales productos de la labor docente e investigativa en salud escolar son: a) El programa de habilidades básicas denominado CONVIVENCIA, que se aplica con niños/as de transición a tercer grado. b) El programa de habilidades para la vida denominado TIPICAS, que se aplica con niños/as de cuarto a séptimo grado.

c) El programa DE CARA A LA VIDA, sobre formación de la perspectiva de tiempo futuro en jóvenes. d) Una extensión del anterior programa que amplía su alcance a la formación de perspectiva de tiempo futuro afectivo-familiar y académico-laboral, para jóvenes que cursan entre octavo y undécimo grado, denominado ARCOS (Acciones de Reforzamiento de la Competencia Social). Este programa lo hemos trabajado en la Facultad de Psicología de la USB. e) El Programa de prevención del consumo excesivo de alcohol, y de mitigación del daño en consumidores excesivos, denominado “Pactos por la vida”. Ese programa lo hemos creado en un trabajo de extensión realizado por el GIEV y DH con el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, y con la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), entre 2007 y 2014. El programa Pactos por la Vida alcanzó un carácter de política pública, a través de la expedición, por parte de la Presidencia de la República, del Decreto 120, el 21 de Enero de 2010. Este Decreto establece la normatividad en relación con consumo de alcohol. Algunos reportes del trabajo realizado en psicología social de la salud se pueden ubicar en TIPICA: Boletín Electrónico de Salud Escolar (www.tipica.org) el cual se publica desde 2005. Esta publicación nos ha permitido ejercer algún liderazgo y participar en la organización de eventos como el I Congreso Internacional de Salud Escolar, realizado en Bogotá en 2009, y el II Congreso, realizado en la UNC en 2011.

3. Considera que la Psicología Latinoamericana ha enfatizado más el Modelo de Enfermedad que el de la Salud, y que desventajas o atrasos ha tenido para la formación, la investigación y la práctica profesional (puede desglosar en cada una?)

(LEFA): Es indudable y comprensible que en la formación de la psicología de la salud en Latinoamérica ha habido una fuerte influencia del modelo médico, que centra su práctica en el análisis y la reversión de la enfermedad. Una desventaja importante de ese modelo es que privilegia el papel de los factores biológicos en la atención en salud, con evidente desvalorización sobre el papel que ejercen los demás factores determinantes del proceso salud-enfermedad. En diversos eventos internacionales se han producido análisis y documentos de gran impacto mundial sobre esta temática, tal como sucedió con el Informe Lalonde sobre la salud de los canadienses en 1974, para mencionar solo uno. Yo no considero que esta condición haya constituido un perjuicio particular para la psicología científica, diferente a los perjuicios que pudo haberle ocasionado a las ciencias de la salud en general, o a la atención de la salud de nuestras poblaciones, por razones de la insuficiencia y la inequidad inherentes al enfoque biologista propio de un modelo de enfermedad.

La psicología tuvo un acceso importante al mundo de la salud, paradójicamente, en la medida en que fue capaz de dar respuestas efectivas a las necesidades de curación de algunas enfermedades, tal como sucedió con el avance del campo de medicina conductual, a partir del desarrollo de procedimientos de tratamiento eficaces en el área de la biorretroalimentación (*biofeedback*). También la psicología de la salud ha tenido una progresión significativa en la medida en que ha sido capaz de avanzar en respuesta a las necesidades de modificación de estilos de vida, y respuesta positiva a otras problemáticas que el modelo médico centrado en enfermedad no puede resolver (ej. la problemática de adhesión a los tratamientos).

La psicología de la salud ha avanzado principalmente mediante la aplicación de teorías, metodologías y procedimientos de corte cognitivo-conductual, que han tenido gran impacto en el desarrollo de áreas como la psico-oncología, las aplicaciones en cardiología, la pediatría, etc. Los cambios sociales y demográficos, con sus consecuencias sobre el cuadro epidemiológico de las poblaciones, y el incremento asociado de las enfermedades crónicas no transmisibles, han obligado a la realización de abordajes más holísticos en salud, con la consecuente inclusión a mayor escala de las disciplinas propias de las ciencias sociales y humanas.

4. Qué características tiene un Enfoque Basado en la Salud, en la Prevención en Psicología?

(LEFA): El enfoque basado en salud tiene, entre sus principales consecuencias, que obliga a mirar hacia los factores protectores de la salud, en contraste con la mirada tradicional a los factores de riesgo, y obliga a dar mayor atención a los determinantes ambientales y a los determinantes propios del estilo de vida en relación con el fortalecimiento de la salud. Eso es lo que ha obligado a la atención en salud a virar hacia acciones acordes con la promoción de la salud, con la prevención de las enfermedades, y con el empoderamiento de las poblaciones para que ejerzan un mayor control sobre todos los determinantes del proceso salud-enfermedad.

En cuanto a la prevención, eso obliga a definirla menos en función de la enfermedad, como era usual en la conceptualización de la prevención primaria, secundaria y terciaria; ahora se piensa más en función de las acciones de protección que debe recibir toda la población, las cuales se constituyen en la meta principal de la prevención universal.

No significa eso descuidar a las personas que tienen un riesgo particular, las cuales deben recibir acciones de prevención selectiva, o las que ya han incurrido en determinado momento en problemáticas de enfermedad o de disfunción, que deben recibir acciones de prevención indicada. Pero sin duda el mayor énfasis se coloca sobre la prevención universal, que atiende a la potenciación de la salud principalmente.

5. Tiene investigaciones realizadas en la línea de salud, podría nombrarlas y dar una síntesis de ellas?

(LEFA): Voy a referirme a mi principal línea de investigación en el GIEV y DH de la UNC durante los últimos quince años; se denomina “La dimensión psicológica de la promoción y de la prevención en salud” (DPPPS). Se trata de la búsqueda de los aspectos psicológicos esenciales que deben tomarse en cuenta para que las acciones de promoción y de prevención, principalmente las acciones de educación para la salud, sean eficaces. No podría pensarse en la eficiencia de una campaña de vacunación, por ejemplo, si la vacuna no tuviera una sustancia química activa verdaderamente eficaz. Tampoco podría esperarse esa eficiencia si no existiera una verdadera probabilidad de que la gente se aplicara la vacuna. Lo primero es un hecho bioquímico; lo segundo es un hecho psicosocial y cultural que ha dado origen a la investigación sobre modelos de acción educativa que orienten la campaña para diseminar una vacuna, tales como el modelo de creencias en salud; ese es un modelo psicológico tradicional que propone fundamentar esa diseminación en factores como el incremento de la percepción de riesgo de padecer un mal si no se aplica la vacuna, el incremento de la percepción de vulnerabilidad personal frente al riesgo, el incremento de la percepción de eficacia de la vacuna como medio para evitar el

riesgo, la disminución de la percepción de costo asociado a la vacuna, y el suministro de algunas claves esenciales para guiar la acción de vacunarse. Todos esos son factores de tipo psicológico que ameritan un cuidadoso análisis y tratamiento fundamentado en hallazgos científicos. Pero la realidad es que se trata de factores sobre los que suele hacerse un tratamiento espontáneo, basado en impresiones de sentido común, y no basado en juicios emanados de la evidencia empírica.

Para completar, el asunto es bastante más complejo de lo propuesto por el modelo de creencias en salud, y ha habido en el área de la psicología cognitiva un avance considerable en relación con los modelos cognitivo-sociales y de etapas sobre el comportamiento saludable, tema nuclear de la prevención de las enfermedades y de la promoción de la salud en la realidad mundial actual de predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles. La DPPPS postula algunos factores de aprendizaje social y, principalmente, a factores de tipo motivacional, como los principales aspectos psicológicos a tenerse en cuenta en el campo de la prevención y de la promoción. Dado que el estilo de vida incluye hábitos de comportamiento fuertemente arraigados en la persona, más que el aprendizaje en sí mismo, la DPPPS contempla factores motivacionales cuando se trata de disminuir la presencia de esos hábitos de comportamiento (disminuir el tabaquismo, disminuir el consumo de sustancias, disminuir, en general, prácticas de alto riesgo). La situación del incremento de hábitos deseables (práctica de actividad física, formas adecuadas del manejo del estrés, etc.), que hace pensar en factores de protección para promover la salud, obliga a enfatizar tanto en términos motivacionales, como en términos de aprendizaje de habilidades. Ese es el tema de la línea de investigación.

La principal publicación que he producido en esta línea es el libro de mi autoría titulado *Psicología social de la salud: Promoción y prevención*, publicado por la editorial Manual Moderno en 2007. La línea también ha producido varias decenas de artículos científicos publicados en diversas revistas, los cuales tratan temas de prevención del consumo excesivo de alcohol y de promoción de la salud en el medio escolar principalmente. Las aplicaciones en el campo de la salud escolar a través del programa de competencia social y salud escolar también se fundamentan en la DPPPS como metodología de trabajo.

6. En cuanto al ámbito de la práctica profesional que técnicas o recursos basados en evidencia se ofrecen al psicólogo de la salud?

(LEFA): El psicólogo de la salud dispone de todo el bagaje tecnológico desarrollado al interior de la psicología clínica en sus múltiples expresiones teóricas y metodológicas.

Considero que el aspecto más importante a tener en cuenta sobre este asunto debe ser un tema de análisis teórico y metodológico, sin restar importancia a lo tecnológico o procedimental. La teoría le indica al psicólogo de la salud cuáles deben ser, de acuerdo con algún modelo conceptual, los objetivos sobre los cuales debe centrar su acción cuando interviene en salud. Preguntas del tipo ¿cuáles son los factores psicológicos esenciales que deben afectarse para fomentar el cambio de los patrones alimentarios y de actividad física en una persona con diabetes?, considero yo, son las preguntas esenciales que debe plantearse el psicólogo de la salud. Teniendo una respuesta objetiva a esa pregunta, que parta de los hechos ya conocidos y del análisis de la situación particular de la persona afectada, en un enfoque metodológico que combina la

tradicción nomotética con la idiográfica, resulta entonces importante preguntarse por el aspecto técnico del procedimiento. Esta perspectiva privilegia el papel de la formulación como paso inicial en una intervención. Desconfío mucho de las prácticas psicológicas, por ejemplo en el campo de la educación para la salud en la escuela, que promueven realizar procedimientos “dinámicos”, “participativos”, etc. descuidando la fundamentación conceptual y metodológica de los objetivos que se persiguen al realizar esos procedimientos.

7. En esa tesitura podría ilustrarnos sobre la Intervención Motivacional (IM), y enlistar cuáles han sido sus aplicaciones en el marco del campo conocido como Psicología de la Salud?

(LEFA): En nuestro grupo de investigación hemos profundizado acerca de las posibilidades que ofrece la intervención motivacional breve en los campos de la prevención y de la promoción en salud.

Recientemente publicamos un artículo que analiza estas probabilidades (ver la revista *Psychologia, avances de la disciplina*, Vol. 8, No. 2, 2014, de libre acceso en la red) y sintetiza las condiciones que debe seguir la intervención motivacional breve para desempeñar un papel importante en prevención y promoción. En pocas palabras, la intervención motivacional busca impactar sobre los factores motivacionales que subyacen a las etapas del proceso motivacional conducente al inicio y al mantenimiento de la ejecución de cualquier acción, hasta el logro de la meta propuesta cuando se da comienzo a la misma.

La motivación es un constructo psicológico que se refiere a eso, a la explicación acerca de lo que da origen (activación) y mantenimiento (direccionalidad) al comportamiento; la toma de decisiones es el nodo central de la motivación; la planificación de las acciones es el aspecto que conduce a la transformación de las intenciones en acciones. Por eso la toma de decisión (manifestación explícita de la intención de hacer algo específico) es el objetivo inicial de la intervención motivacional, que se complementa luego con la planificación de las acciones (o intenciones de implementación). Las teorías motivacionales de expectativa-valor proponen algunos factores a tener en cuenta en las fases de pre-decisión del proceso motivacional, tales como las expectativas de resultado, las expectativas de autoeficacia, y los balances decisionales; la teoría del aprendizaje social, la teoría del prospecto, o la teoría de la acción planeada, para mencionar solo algunas, son modelos conceptuales de gran importancia que se pueden ubicar en esta tradición teórica. La regulación del comportamiento es el tema central de las fases de pre-acción y de acción en el proceso motivacional; la teoría de auto-determinación es un enfoque contemporáneo de gran relevancia en este aspecto de la regulación del comportamiento. Las atribuciones constituyen el factor más importante en la fase de post-acción del proceso motivacional subyacente a un comportamiento; las atribuciones concluyen en lo que la persona piensa acerca de las relaciones entre el comportamiento como causa y las consecuencias reales del mismo; las atribuciones son las que determinan que “el refuerzo sí refuerce”, y se convierten en el inicio de las siguientes percepciones personales que activan el comportamiento en situaciones similares a las de la ejecución anterior.

En psicología cognitiva se cuenta con fundamentadas teorías atribucionales. Todo ello es el contexto teórico tan rico y tan valioso de la intervención motivacional. La DPPPS es apenas un heurístico metodológico. La entrevista motivacional es una técnica muy importante, pero apenas eso, una técnica de gran utilidad en la práctica de la intervención motivacional. Los autores de la entrevista motivacional han querido reducir la intervención motivacional e identificarla con la práctica de la entrevista motivacional. Hay otras técnicas importantes de intervención motivacional, tales como el diálogo socrático y los procedimientos de autocontrol del comportamiento.

Una revisión rápida de la historia de aplicaciones de la intervención motivacional muestra que se trata de una corriente aplicada con una tradición que se inicia a comienzos de la década de los años 90, es decir, una tradición de apenas 25 años. Se ha aplicado emblemáticamente en el campo de control de la adicción al consumo de sustancias, pero se ha hecho extensiva en otros campos como el del fomento de la adhesión a los tratamientos, la modificación de hábitos de alimentación y de actividad física, y la modificación de comportamientos sexuales de riesgo. La tendencia actual de la intervención motivacional es el diseño de aplicaciones grupales que se realizan a partir de un proceso de formulación motivacional que toma en cuenta características relevantes de algún grupo, que se convierten en criterios de inclusión; son características que pueden hacer referencia a factores demográficos, a factores socioculturales, u otros; pero que ante todo hacen referencia al desarrollo de las etapas motivacionales en que se ubican las personas integrantes del grupo en relación con el comportamiento específico que se busca promover a partir de la intervención; sería

bastante ilógico, por ejemplo, incluir en un mismo grupo de intervención motivacional a personas que piensan dejar de fumar en el futuro inmediato con personas que aún no se plantean con decisión ese propósito.

8. Cuales considera sean las principales dificultades u obstáculos para un mayor énfasis en la formación y práctica de la educación y prevención de la salud, antes que los de la medicalización de los problemas de la vida cotidiana del hombre?.

(LEFA): Nuestras motivaciones siguen una dirección orientada en lo general por un principio de hedonismo psicológico: evitar el malestar y fomentar el placer. Es difícil modificar una cultura dada al hedonismo, para transformarla en una cultura orientada por el eudemonismo, que postula a la felicidad basada en el logro de metas (la salud es una meta). La curación pasiva de la enfermedad, por la acción de algún agente externo, es un ideal hedonista que sustituye en la mente de la persona fácilmente al ideal eudemonista de prevención y promoción que tiene costos personales y se asocia con la pérdida de placer. El principio promotor de la salud no puede fundamentarse en la idea de sacrificio; debe fundamentarse en la idea de búsqueda de felicidad entendida como desarrollo personal. La proposición de indicadores salutogénicos que sustituyan en la práctica a los indicadores tradicionales de morbi-mortalidad va en esa dirección de cambio de la cultura acerca de la salud y de la enfermedad.

9. Cuales considera sean factores que favorecen estilos de vida saludables y la calidad de vida en los procesos de desarrollo humano cualquiera sea su edad (infancia, niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor)?

(LEFA): Me identifico con quienes piensan que el estilo de vida es en esencia un estilo de toma de decisiones.

Desde esta visión, la decisión es el factor central del proceso motivacional subyacente a un hábito del estilo de vida. Los factores que propician la toma de decisión consciente se constituyen en factores primordiales para el fomento del desarrollo humano en cualquier edad. Las decisiones se toman con mira al logro de propósitos variables a lo largo del ciclo vital humano. La esencia del programa de competencia social y salud escolar ha sido, precisamente, la búsqueda de un camino de desarrollo que forme la toma de decisiones en torno a aspectos claves que conducen a una especie de “vía final común”: los hechos de la vida adulta.

Esos hechos se concentran en perspectivas que cada persona se forma sobre sus metas académico-laborales, afectivo-familiares, y sociales. La realización de esas perspectivas depende de hechos propios del contexto social y cultural; pero también depende de factores personales que se sintetizan en una palabra: “habilidades”.

Trátase de habilidades básicas (sociales, de regulación emocional, de valoración pro-social, de procesamiento de información), de habilidades para la vida (tolerancia a la frustración, empatía, solución de conflictos, solución de problemas, etc.), o de habilidades específicas (conocimientos, desarrollo especial de algún aspecto de las inteligencias múltiples, auto-conocimiento, experiencia, etc.). Ese es el tipo de factores a los que podemos atender en la búsqueda del desarrollo humano.

10. Finalmente, al agradecer esta oportunidad, quisiera agregar o sugerir como podemos los psicólogos latinoamericanos crear y desarrollar enfoques más acordes a nuestra idiosincrasia, que busquen la identidad de una Psicología para nuestras realidades.

(LEFA): Creo que en el campo de la salud un punto de mira que nos obliga a “aterrizar” lo que hacemos es la búsqueda de incidencia sobre nuestras políticas públicas locales de salud. Soy un convencido de que la psicología científica está llamada a afectar las políticas sanitarias públicas de cada región particular.

Agradezco la oportunidad y el honor de haber sido entrevistado.