

# LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL PERÚ: UNA MIRADA CRÍTICA

Jesús Romero Croce\*  
Universidad de San Martín de Porres  
Escuela Profesional de Psicología

Recibido: 1 de agosto de 2006

Revisado: 2 de octubre de 2006

Aceptado: 13 octubre de 2006

---

## RESUMEN

El presente artículo tiene como propósito analizar las políticas de salud establecidas en nuestro país por el Ministerio de Salud (MINSA). Se parte de la premisa que tales políticas constituyen, en esencia, puesta en ejecución de normas propuestas por entes supranacionales, OMS, y OPS. Una mirada crítica de las mismas advierte que ellas parten de una falta de claridad en torno a la noción de salud, puesto que lo que prescriben -en justa verdad- es acciones de intervención sobre la enfermedad. Se postula que el fondo del asunto es que el modelo médico, aún cuando vilipendiado, sigue reinando.

El análisis, por extensión, se aplica a la autodenominada Psicología de la Salud como a la noción de Salud Mental, tomando como referente los textos de la especialidad, los trabajos presentados en certámenes científicos y algunos documentos administrativos.

Se concluye que es preciso reconceptualizar la Psicología (de la Salud) como ciencia del Hombre.

**Palabras claves:** Salud, psicología de la salud, salud mental, políticas de salud.

## ABSTRACT

This article has the purpose to analyze the health policies established by Health Ministry in our country. It started on the premise that this policies, in essence, are the execution of superior national entities, like WHO and PAHO. A critical view about these entities shows that they start from the absence of clarity around the notion of health, because they define it such as an illness intervention acts. It states, that the medical model is still ruling although it was vilify.

This analysis, applies, on the way, to the self named Health Psychology just as the Mental Health notion, taking as reference specialty information, science's contests researches and some administrative dossiers.

It concludes that is required to redefine the Health Psychology as a Men science.

**Key words:** Health psychology, mental health, health policies

---

El tema de la salud parece ser obvio y, por ende, superfluo ocuparse del mismo.

En todo caso se ha producido ingente cantidad de textos y artículos al respecto.

Empero, nos parece que dicha obviedad enmascara una preocupante falta de claridad conceptual.

Nuestra tesis es que al hablar de salud, en verdad se trata de enfermedad.

Los textos vinculados a la Psicología de la Salud son, en sí mismos, paradigmáticos. Si bien todos los autores asumen que ella se ocupa tanto de la promoción de la salud como de la intervención en la enfermedad, se advierte una carencia de deslinde puntual entre ambos enfoques. En todo caso, es palmario el énfasis mayúsculo en los

aspectos remediales que se advierte en sus escritos.

La propia diferenciación entre Psicología de la Salud y Psicología Clínica hace patente la cuestión antes señalada.

Es más, ella pone de relieve esa suerte de sectorización entre salud física y mental; ello conduce rectamente a la dicotomía mente-soma, anacrónica, reduccionista y en la práctica inoperante.

Estas cuestiones conceptuales tienen significativa repercusión en las «políticas de salud» generadas por las instituciones responsables: cuando ellas diseñan estrategias de salud en su mayor cuantía están ellas orientadas a la prevención o la intervención en aspectos morbosos.

Más aún, la cuestión expuesta no es ajena a la Psicología

---

\*Correo electrónico: jromero@psicologia.usmp.edu.pe

como disciplina: ella ha desarrollado una impresionante tecnología de intervención sobre los «problemas» que aquejan al ser humano, en vez de orientar su quehacer a promover un comportamiento más creativo, más productivo y satisfactorio.

Nos parece que los psicólogos debiéramos cambiar de posición existencial, reorientar la mirada dirigida al déficit para tornarla al hombre como posibilidad de realización de sus potencialidades.

Presentamos, así, nuestras reflexiones al respecto.

## CONCEPTUALIZACIÓN DE SALUD

La conceptualización de salud pareciera ser simple o caer en el terreno de la obviedad; sin embargo, es harto farragosa. Empero, su explicitación conlleva implicancias prácticas de enorme relevancia, no sólo en el plano teórico sino y fundamentalmente en la práctica concreta; ello en tanto que se halla en la base del diseño de las políticas de salud.

La definición tradicional, propuesta por Bravo, Serrano-García & Bernal (1991), concibe a la salud como un «estado de ausencia de enfermedad», y entendida esta como un estado de alteración del organismo que perturba su normal funcionamiento.

Es este el modelo biomédico o modelo del déficit, el mismo que conlleva una serie de limitaciones, entre las cuales destacamos las siguientes: a) es reduccionista, remite la salud sólo al plano biológico; b) supone una visión fatalista del ser humano: este enferma por acción de un agente que actúa más allá de su responsabilidad, casi diríamos que por «mala suerte»; c) si el hombre no es responsable de su salud, tampoco es actor del proceso de recuperación de la salud perdida: es «otro» quien tiene el saber y el poder; el profesional de la salud es investido y se inviste de caracteres de chamán o brujo. Este modelo, así, fomenta la dependencia en la toma de decisiones; d) este modelo concibe al hombre como una máquina que puede ser analizada en términos de sus partes, y cuyo mecanismo es entendido desde el punto de vista de la biología molecular o celular.

El cuestionamiento a esta conceptualización empieza a consolidarse a partir de 1947, cuando la Organización Mundial de la Salud en su Carta Magna la define como «el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afección o de enfermedades». Esta definición que será precisada en posteriores informes (OMS, 1986, 1988, 1989, 1991...) marcó un hito en su momento, si bien hay que reconocer que junto a aspectos positivos o innovadores, habría que destacar también aspectos negativos o criticables. Como aspectos innovadores habría que destacar que por primera vez se presenta una definición de salud en términos afirmativos o positivos. (Gómez Fernández & Saburido, 1996).

Otro enfoque ha sido considerar a la salud como adaptación funcional al medio social en el que el sujeto se

desenvuelve.

El problema es que esta noción no se aleja mucho del «modelo médico que ha dominado el sistema conceptual de las profesiones de la salud (Bravo, Serrano-García & Bernal, 1992).

Empero, este enfoque ha sido gradualmente superado ante el convencimiento de que el origen de las enfermedades tiene factores causales no sólo biológicos, sino también psicológicos, sociales y ambientales.

De este convencimiento ha surgido una nueva visión de la salud, denominada modelo biopsicosocial.

Esta es una perspectiva más abarcadora que incluye la dimensión individual, social y ecológica, y da énfasis a la salud de la persona total. Recalca la interdependencia y el efecto recíproco de los diversos niveles del sistema que forman la persona y su entorno, los cuales impactan la salud.

Este modelo genera una definición de salud muy diferente a la del modelo biomédico. Establece que la salud es una condición de bienestar que resulta de la interacción dinámica entre los aspectos físicos y psicológicos de la persona y su ambiente natural y social, y que facilita al ser humano el disfrute de la vida, el acceso a múltiples recursos y contribución a las esferas productivas y creadoras de la sociedad. Partiendo de este análisis, entendemos que el enfoque biopsicosocial es el que explica mejor los fenómenos de salud y enfermedad...

Este enfoque, con matices, viene generando cada vez mayores adhesiones.

Salleris (1985); San Martín (1988); Schwartz & Weiss (1978); Buena Casal & Carrobbles (1996); Luzoro (1999); Pérez Alvarez (1991); Morales (1997).

San Martín (1988) añade la dimensión ecológica, como forma objetiva de analizar los conceptos, aportando una fórmula para determinar el equilibrio dinámico entre salud y enfermedad.

Desde esta perspectiva se considera la salud como un estado compensado o de equilibrio dinámico, donde el organismo tiene la posibilidad fisiológica de poder amortiguar una agresión externa, de forma que logra compensar el desequilibrio, y no se produzca enfermedad. La enfermedad se presenta como la intolerancia a tales agresores.

Por otro lado, se han formulado una serie de otras propuestas, las mismas que aún cuando son muy consistentes, no esclarecen en definitiva el panorama.

Vera & Oblitas (2005), en un reciente texto electrónico aportan las siguientes referencias:

- a) Modelo de Creencias en Salud; (Páez, et al, 1994; Morales & Roales Nieto, 2003).
- b) Modelo de la Acción Razonada; (Ajzen & Fishbein, 1980)
- c) Modelo del Comportamiento Planeado; (Ajzen & Madden, 1984; Páez, Obillos & Pizarro, 1994)
- d) Teoría de la Cognición Social; (Bandura, 1987)

- e) Modelo Transteórico; (Prochaska & DiClemente, 1982).

Pero, al margen de disquisiciones teóricas, la conceptualización de salud tiene enormes implicancias prácticas: define las políticas de salud, tiñe las estrategias y lineamientos de organismos como la Organización de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y su referente a nivel local, Ministerio de Salud (MINSA). Es este el tema central que nos ocupa: emitir juicios críticos con respecto a dos nociones derivadas, Psicología de la Salud y Salud Mental, y la normatividad pertinente generada por tales organismos.

### PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La definición más aceptada es la de Matarazzo (1980): «conjunto de aportaciones de tipo educativo como científico y profesional que proporcionan diferentes áreas de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de salud. La enfermedad y sus consecuencias» (Ballester, 1997, p 201).

Ahora bien, el terreno de la delimitación conceptual es complejo: abundan las definiciones y propuestas.

Buela Casal & Carrobbles (1996) establecen diferencias puntuales entre tres disciplinas que tienen aristas comunes: Psicología Clínica, Medicina Conductual y Psicología de la Salud, afirmando que las dos primeras enfatizan los aspectos reparativos de la salud y la última los aspectos promocionales.

Rodríguez (1995) y Buceta & Bueno (1995) van en una línea conceptual semejante, aún cuando introducen algunos conceptos tales como salud comportamental, estatus de salud y calidad de vida.

Al margen de estas y otras divergencias, existe un denominador común: el énfasis en la promoción de la salud. Empero, Perez (1987) advierte que «a pesar del énfasis declarativo de las definiciones en el sentido de la orientación de la Psicología de la Salud hacia la promoción y la prevención todavía no se puede observar el mismo énfasis en la práctica» (p 81).

Más puntualmente, Morales (1997) rubrica que «se utilizan muchos indicadores para caracterizar supuestamente el estado de salud, que realmente lo que permiten es caracterizar la enfermedad. Se trata de indicadores de morbilidad y mortalidad, así como de incidencia y prevalencia de las enfermedades en los grupos de población, mientras paralelamente no surgen indicadores para caracterizar la salud en términos «positivos», lo que ha contribuido a que se desdibuje la noción de salud» (p 6).

En un artículo anterior (Romero, 2000) apunta como, al margen de declaraciones líricas, se aprecia un claro sesgo en los académicos y profesionales militantes de la

Psicología de la Salud.

En él se alude al trabajo de Grau (1996) quien en una revisión de trabajos presentados en 4 grandes congresos de la especialidad, el 68% correspondían al rubro de «Enfermedades crónicas»; asimismo, acotaba el mismo autor, en los Congresos de Montreal (1996) y Psicología '96, las enfermedades crónicas constituían uno de los acápites más trabajados (citado por Luzoro, 1999). En esta línea, nosotros revisamos el libro de resúmenes del I Congreso de Psicología Clínica y de la Salud, efectuado en Granada en 1999, encontrando que en los tres días de sesiones agrupados en 39 seminarios y 3 posters, el énfasis está en tópicos como enfermedades, trastornos, problemas. Baste con destacar que el Poster I se denomina Trastornos de Conducta, el Poster II, Trastornos de Personalidad y problemas infantiles y el Poster III, aún cuando agrupa el rubro Investigación en Psicología de la Salud, está claramente plagado de trabajos vinculados a la misma temática señalada.

De igual forma, en una somera revisión de la bibliografía consultada a esa fecha, el autor encontraba un panorama igualmente restrictivo.

«Así, los textos de Buceta (1995), Psicología de la Salud: Control del Estrés y Trastornos Asociados, y de Hombrados (1997), Estrés y Salud, en su propia denominación denuncian el marco conceptual por ellos asumido.

Gómez-Fernández & Saburido (1996), Salud y Prevención, desarrolla parcialmente aspectos conceptuales en 3 capítulos de 39. Luzoro, Psicología de la Salud, hace lo propio en 4 capítulos de 16.

Rodríguez Marín (1995), aún cuando su obra se titula Psicología Social de la Salud, dedica el capítulo 1 a desarrollar dicho enfoque, el capítulo 2 a presentar algunos aspectos sobre Promoción y Prevención y los 10 restantes a distintos temas sobre estrés y enfermedad.

Morales (1997), Introducción a la Psicología de la Salud, dedica 5 capítulos de los 7 que conforman su obra a aspectos conceptuales, cuantitativamente un número elevado, pero cualitativamente orientados al enfoque médico-comportamental.

Simon (1993), es un ejemplo paradigmático: su texto Psicología de la Salud destina sus 13 capítulos a la intervención remedial, y sólo se encuentran algunas líneas conceptuales en el Prólogo. De todas las obras revisadas, la de Ballester (1997), Introducción a la Psicología de la Salud, presenta el enfoque más integrativo, más conceptual que aplicado, empero, al efectuar un 'análisis y propuestas sobre el futuro de la Psicología de la Salud', dice que ésta debe orientarse a brindar «mayor y mejor ayuda a sujetos con problemas orgánico o mental» (p 23).»

### EL PANORAMA ACTUAL PARECE NO HABER CAMBIADO

Veamos algunos ejemplos. En un evento muy reciente, V Congreso de la Federación Iberoamericana de Asociacio-

nes de Psicología, llevado a cabo en Veracruz, 2006, uno de los temas centrales fue Salud y Bienestar Psicosocial. En los tres días de sesiones se desarrollaron 8 mesas, con algo más de 40 trabajos.

Algunos de los temas advierten sobre el sesgo reparativo: estrategias de intervención psicológica, factores psicológicos en la prevención y tratamiento de enfermedades. Otros, parecieran ser neutros (aspectos psicosociales en jóvenes, tercera edad, aplicaciones en el ámbito de la salud); sin embargo, los trabajos agrupados inciden claramente en aspectos deficitarios (un análisis somero señala al menos 25). Incluso, en la mesa Atención y Promoción de la Salud en el contexto español, de 5 trabajos, 2 versan sobre Alzheimer y otro sobre trastornos mentales graves...

De manera casi anecdótica, si revisamos algún catálogo de publicaciones, encontraremos un panorama semejante. Por ejemplo, Pirámide, 2005, en el rubro Psicología Clínica y de la Salud, de un total de 40 títulos, 21 versan sobre aspectos terapéuticos y 13 sobre temas psicopatológicos. Pareciera ser que ello es lo que los científicos producen o lo que los usuarios consumen...

La bibliografía reciente refleja la misma tendencia.

El texto de Oblitas (2005), Manual de Escalas y Cuestionarios Iberoamericanos en Psicología Clínica y de la Salud, describe 14 instrumentos, de los cuales 10 se refieren a aspectos deficitarios de la conducta.

El libro de Gutiérrez, et al, (2003), Instrumentos de Evaluación en Psicología de la Salud, en 12 capítulos presenta un vademecum de procedimientos para evaluar el morbo; claro, hay que reconocer que algunos se orientan a la prevención ... del morbo. Por si fuera poco, en el Prólogo, Ballés (2002) no menciona concepto alguno sobre promoción de la salud o comportamiento positivo.

Ortigosa, et al, (2003), en su Manual de Psicología de la Salud en niños, adolescentes y familia, es también revelador. En su Parte Primera, si bien dice algunas líneas sobre salud, se desliza hacia la enfermedad. La Parte Segunda trata sobre la intervención psicológica en enfermedades infantiles, de modo que huelgan comentarios.

La Parte Tercera, denominada Prevención y promoción de la salud, es de por sí estupefaciente; ¿acaso es válido prevenir la salud?. En cualquier caso, 5 de sus 7 capítulos versan sobre disfunción; por último, el capítulo 12 Educación para la Salud, válidamente estructurado, no puede evitar la (para mí, maligna) asociación entre salud (promoción) y enfermedad (prevención).

## HASTA AQUÍ, ENTONCES, UNA PRIMERA REFLEXIÓN

La Psicología de la Salud ¿es tal?, su objeto de estudio central ¿no es acaso la enfermedad?

¿Es válida la escisión del hombre en dos mitades?; ¿es sostenible la posición de Carrolls -la Psicología de la

Salud 'está centrada en problemas de salud, especialmente físicos u orgánicos? (1996, p17)- o la de Bishop -'es una especialización que trata con la salud física' (Simon, 1993, p 72) -.

¿Cuál es el fundamento para excluir los 'trastornos mentales' del campo de la Psicología de la Salud?, ¿es pertinente establecer que aquellos son objeto de la Psicología Clínica?; la dimensión social y la dimensión ecológica ¿en manos de qué disciplina deben quedar?; la salud -integral, si incurrimos en la redundancia generalizada- ¿no es acaso una función de la conducta, y ésta expresión del Hombre total y no compartamentalizado?

Otro tema, no por ser de uso común menos cuestionable, es el de salud mental.

Pero, ¿de qué hablamos cuando hablamos de salud mental?

Escuchemos la voz de la OPS: «es una parte indivisible de la salud».

Atendamos también esto otro: «este enfoque es compartido por la mayoría de los Ministerios de Salud de América Latina, tal como puede verse en el Plan de Acción en Salud del Ministerio de Salud y Previsión Social de Bolivia: el equilibrio psíquico o salud mental es la expresión y resultado de un conjunto de factores protectores de naturaleza biológica, psicológica y social. Es una dimensión inseparable de la salud integral». (MINSA, 2005).

MINSA hace suya esta concepción. En su «Modelo Conceptual Integral de Salud Mental», afirma «Partimos de valorar el sentido de la persona y su vida humana concreta, desde su perspectiva biológica, psicológica y social»(MINSA, 2004. p 12).

Se colige, entonces, que salud integral es redundante en tanto que la noción de salud la define por sí misma, y que ésta a su vez subsume la noción de salud mental.

Si esto es así, ¿qué necesidad de acuñar dichos términos? Además que si se acepta la noción de salud mental, es ineludible aceptar la existencia de una salud no mental, ergo una salud orgánica. Y ello supone asumir la existencia de la dicotomía mente-soma, postura no sólo anacrónica, sino reñida con la propia propuesta formulada por dichos organismos.

Estas incongruencias no podía ser de otro modo- conducen a inconsistencias prácticas.

Así, MINSA, en sus Lineamientos para la Acción en Salud Mental, declara que «el movimiento de la psiquiatría fue cambiando hacia planteamientos más modernos y humanitarios (sic) que propugnan la «despsiquiatrización» y «desmanicomialización» (otra vez, sic) de los servicios» (MINSA, 2004 . p.7).

Es más, en su página 33, proclama en un atisbo de lucidez, diría yo- « La visión tradicional de la salud mental restringe su campo de acción a la psicopatología, aborda los problemas psíquicos de modo aislado del conjunto de problemas de salud, dificulta la comprensión de la persona humana como una unidad bio-psico-social y

mantiene la dicotomía entre lo físico y lo mental. Generalmente no aborda los correlatos emocionales de las enfermedades físicas y tampoco las interrelaciones entre los componentes físicos y mentales del proceso de enfermar (...) no se incorporan los aspectos de salud mental, priorizándose sólo criterios de morbi-mortalidad e invisibilizando los criterios de discapacidad y calidad de vida, lo cual restringe la comprensión de lo que significa el bienestar de las personas.»

Empero, contradictoriamente, una página después, declara que «Este Lineamiento está dirigido a garantizar el acceso y adecuado funcionamiento del circuito de atención, rehabilitación, y prevención de los problemas prevalentes de salud mental en nuestro país: los trastornos mentales depresión, ansiedad, psicosis, esquizofrenia, adicciones y suicidios y los problemas psicosociales que incluyen la violencia familiar, el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, los problemas de aprendizaje escolar y las consecuencias de las situaciones de anomia y exclusión social.

La OPS «como oficina regional de la OMS propone para las Américas un conjunto de iniciativas, las cuales se basan en la magnitud de los problemas de salud mental en cuanto a la carga de la enfermedad y su impacto en la calidad de vida» (OPS/OMS, 2002, p.5).

En el mismo documento se consigna las principales iniciativas de OPS, y en el número 4. se lee: «Programas específicos: Depresión, psicosis, epilepsia, niños (¿!), desastres, salud mental y trabajo».

En nuestro país, MINSA en su estrategia sanitaria nacional de salud mental propone como ejes temáticos las siguientes líneas de acción: 1. Promoción y Prevención en Salud Mental, 2. Violencia, 3. Depresión, ansiedad y suicidio, 4. Abuso de sustancias psicotropas y otras adicciones, 5. Trastornos alimentarios, 6. Esquizofrenia y otros trastornos psiquiátricos graves, 7. Demencia, epilepsia y otros trastornos orgánicos cerebrales, 8. Problemas de Aprendizaje, conducta y fracaso escolar, 9. Intervención en crisis y desastres y 10. Fenómenos transculturales» (MINSA, 2005. p.3).

De lo expuesto, se desprende con claridad la asociación entre salud mental y trastorno mental, de modo que, al margen de declaraciones bien intencionadas, el enfoque remedial se mantiene.

De igual modo, en su estructura administrativa ha introducido la Dirección General de Promoción de la Salud (El Peruano.- Normas Legales, 2 de agosto del 2004), como órgano responsable de la aplicación de las Estrategias Sanitarias Nacionales (RM 771-2004/MINSA, julio del 2004, p.273781), en aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), aprobado por RM 729-2003-SA/DM, de agosto del 2002. Estas estrategias son diez; la última, Salud Mental y Cultura de Paz.

Administrativamente, es probable que constituyan un avance, en términos de políticas. Pero el articulado de los documentos normativos muestra más de lo mismo.

Así, p.e., el énfasis está puesto en las llamadas Enfermedades No Transmisibles (ENT) y en los factores de riesgo.

De igual forma, cuando se observan las Tablas de Indicadores de Salud (en niños y adolescentes, en adultos y en el área de estrategias nacionales) se encuentran, en verdad, indicadores de enfermedad, disfunción o morbo.

La OPS y la OMS transitan por la misma senda.

Así, por caso, en un recuento de los documentos de conferencias y reuniones efectuadas entre el 18 de febrero del 2005 y el 15 de mayo del 2006, registra un total de 34 referencias. De ellas 18 se remiten a aspectos preventivos de enfermedad, 11 a diversas patologías, 5 a tópicos vinculados parcialmente a la promoción y 1 a la investigación (OPS, 2006).

OPS y OMS, en el Día Mundial de la Salud Mental 2005, desarrollaron un simposio sobre «Salud mental y física durante toda la vida» (OPS, Washington, 11 de octubre del 2005). En principio, la dicotomía mente-cuerpo sigue campante.

Es más, en dicho evento Benedetto Sarraceno, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, «hizo hincapié en el reconocimiento cada vez más de la relación que hay entre las enfermedades de la mente y del cuerpo» (OPS/OMS, 2005 Simposio sobre salud mental).

La propia denominación del Departamento es de por sí anonadante..., como también lo es -y aún más- la sorprendente novedad que nos trae su director...

En la revista Panamericana de la Salud Pública (Washington, D.C., 9 de noviembre del 2005) la Dra. Rosas, Directora de la OPS, en su Editorial, expresa que «El sector de la salud mental siempre se ha dedicado exclusivamente (sic) a los trastornos psiquiátricos y a los trastornos que caen bajo la categoría más amplia de los trastornos neuropsiquiátricos tales como la epilepsia. (Pero) una visión tan estrecha de lo que constituye la salud mental podría ser insuficiente hoy en día, afirman los autores. «Del campo de la salud mental se espera que desempeñe un papel cada vez más importante en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas y emergentes. (...)» (OPS, 2005: Comunicado de Prensa).

Es diáfano que esta es una visión reduccionista y patologizante de la salud mental.

En esta línea de indefinición conceptual, es sugestivo acotar que en el año 2003 una universidad peruana organizó el V Curso Internacional de Salud Mental y Desarrollo Humano; en tres días de sesión se discutió sobre políticas de salud mental, ¡sin un minuto de reflexión sobre la conceptualización de salud mental!

Por otro lado, este problema no es sólo doméstico. Así, por ejemplo, en un reciente texto (Núñez y Tobón, 2005), se afirma que « el Modelo Procesual Sistémico de la Salud Mental (MPSM), el cual viene siendo desarrollado como alternativa frente al eclecticismo, el modelo bio-médico-clínico tradicional y la falta de una epistemología

abierta, flexible y coherente.» (Prólogo, p17) «el enfoque cognitivo-conductual es heredero del modelo biomédico-clínico hegemónico en el campo de la medicina, el cual enfatiza en la patología y el tratamiento. Es por ello que el lenguaje de la terapia cognitivo-conductual se centra en los problemas y trastornos mentales, busca esencialmente el tratamiento y ha descuidado la potenciación de la salud. Desde el MPSM hay un cambio paradigmático, al pasarse del énfasis en la patología al énfasis en una terapia integrativa, focalizada en la salud mental, el bienestar y la calidad de vida, siguiendo, al respecto, los postulados de la Psicología de la Salud en torno a la prevención y a la promoción, como también los desarrollos de la psicología positiva» (p18).

Hasta aquí todo muy bien; pero, empiezan los problemas... «El MPSM se constituye teniendo como referentes diversos estudios sobre los componentes de la salud mental y de la psicopatología, siguiendo esencialmente el modelo procesual del estrés» (p 19).

Empieza a hacerse palmaria la confusión ente salud (mental) y enfermedad (mental).

Al margen de aceptar, tácitamente, la dicotomía mente-cuerpo, la carencia de precisión conceptual se hace evidente: «El MPSM se propone como un referente teórico y procedimental en continua construcción, en el marco de acuerdos progresivos relacionados con los componentes centrales...» (p90). Para justificar esta vaguedad se apela a Saussure: «las palabras tienen ... un origen arbitrario y que todo es cuestión de los acuerdos a los cuales se llegue». Si la tecnología no se afirma en un referente teórico-conceptual consistente, se hace a sí misma endeble.

Esto me trae colación la misma delezabilidad del DSM, cuando reconoce que «Aunque (trastorno) no es un término preciso para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que ... se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo, evitan problemas que se suscitan con términos como «enfermedad» o «padecimiento» (p26), y «el término «desorden mental orgánico ya no se usa en el DSM-IV debido a que implica incorrectamente que los otros trastornos mentales del manual no poseen una base biológica» (OMS,1994 p,10). ¡Vaya una manera de solucionar los problemas conceptuales!

Volviendo al texto anteriormente citado leamos «el profesor Ardila propone hablar de terapia conductual incorporando en ésta el enfoque cognitivo, y no de terapia cognitivo-conductual. Nosotros respetamos esta posición y la vemos como válida, pero hemos optado por la denominación cognitivo-conductual, porque creemos que es más amplia y aglutina a un número mayor de profesionales de la psicología de diversas tendencias conductuales y cognitivas» (p19).

Esta falta de deslinde conceptual tiene implicancias prácticas. Ello se desprende, p.e. de lo expuesto en la Tabla 6. Algunas Pruebas Psicológicas clasificadas de acuerdo

al MPSM, cuando en VI. Estado de salud y calidad de vida, incluye como Variables: síntomas psicopatológicos, síntomas somáticos, trastornos psicológicos ... (p207). Es obvio que se habla de enfermedad y no de salud.

## AHORA, UNA SEGUNDA REFLEXIÓN

Preguntémosnos, ¿es conceptualmente válido hablar de salud mental?; cuando se habla de ello, en realidad, ¿no se está hablando de enfermedad mental?

¿Otra vez, la propia conceptualización de salud mental no es dicotómica?

Al margen de disquisiciones teóricas, en el Perú, la génesis de tal denominación es utilitaria y sustenta el accionar del grupo profesional hegemónico. Se propone acuñar dicho término 'a fin de evitar el peso del prejuicio psiquiátrico (Queirolo, 1992, p 141) a pesar que una páginas después (p 131) afirma que 'no existe diferencia entre salud mental y salud'.

En aplicación de tal predicamento, la psiquiatría ha sido desterrada de las estructuras administrativas, sustituyéndolas por servicios o institutos de salud mental.

Ahora bien, esta estrategia no sólo peca del mismo facilismo que pretender que con llamar a la barriada 'pueblo en desarrollo', se ha resuelto el problema. Tiene implicancias prácticas de nota. La dirección de tales estructuras está siempre a cargo de un psiquiatra, y éste no puede hacer abandono del modelo médico que lo prohió; por ende, las políticas formuladas no pueden ser menos que reparativas.

## CONCLUSIONES

- 1.- Existe carencia de una clara definición conceptual de Salud, así como del deslinde con respecto a la noción de Enfermedad.
- 2.- En la praxis, los Psicólogos de la Salud, al margen de lirismos conceptuales, han desarrollado una tecnología remedial, antes que promocional.
- 3.- Por inercia o 'pereza mental' se sigue aplicando la noción de 'salud mental'.
- 4.- Las políticas de salud, generadas por los entes rectores, diseñan estrategias fundamentalmente curativas, en menor cuantía preventivas y en ínfima proporción promocionales.
- 5.- Las políticas promocionales se encuentran sesgadas por la miopía intelectual generada, a su vez, por el modelo médico reinante: cuando aluden a salud, su referente -en verdad- es la enfermedad.
- 6.- Se requiere reconceptualizar la noción de salud -y, por tanto, la de Psicología de la Salud, dejar de lado el morbo y reencaminar la Psicología, como ciencia y tecnología, al Hombre como ser vital y positivo.

## REFERENCIAS

- BALLESTER, R. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud*. Valencia: Promolibro.
- BRAVO, M. et al. (1999). *La Perspectiva Psicosocial de la Salud*. En: [www.Psicorip.org/Autores/AutBaa/AB120aa.htm](http://www.Psicorip.org/Autores/AutBaa/AB120aa.htm)
- BUCETA, J. & BUENO, A. (1995). *Psicología de la Salud: Control del Estrés y Trastornos Asociados*. Madrid: Dikinson.
- BUELA-CASAL, A. & CARROBLES, J. (1996). *Manual de Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. Madrid: Siglo XXI.
- EL PERUANO.- *Normas Legales*, 2 de agosto del 2002: 273781.
- Estrategia Sanitaria de Salud Mental. MINSa (2005)
- GOMEZ-FERNANDEZ, D. & SABURIDO, X (1996). *Salud y Prevención: nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica*.
- GUTIÉRREZ, et al. (2003). *Instrumentos de Evaluación en Psicología de la Salud*. Madrid: Alianza Editorial.
- HACIA UN PLAN OPERATIVO DE SALUD MENTAL. OPS. En: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/planopant2003/index.htm>. Recuperado el 10 de abril de 2006.
- LINEAMIENTOS PARA LA ACCION EN SALUD MENTAL. (2004). Lima: MINSa.
- LUZORO, J. (1999). *Psicología de la Salud*. Santiago: Bravo y Allende, editores. Universidad de Chile.
- Modelo Conceptual integral de Salud Mental. MINSa (2004).
- MORALES, F. (1997). *Introducción a la Psicología de la Salud*. México: Unisson.
- NÚÑEZ, A. & TOBON, S. (2005). *Terapia Cognitivo-Conductual*. Manizales: Editores Universidad de Manizales.
- OLAYA, A. & FRANCO, M. (2005). *Hacia un Plan Operativo de Salud Mental para Antioquia*. En: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/planopant2003/index.htm>. Recuperado el 6 de mayo de 2005.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Conferencias*. En: <http://www.paho.org/Spanish/DD7PIN7ahora21-nov05.htm>. Recuperado el 10 de abril de 2006.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades*. Décima Versión. OMS.
- ORTIGOZA, J. ET AL (2005). *Manual de Psicología de la Salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.
- OBLITAS, L. (2005). *Manual de Escalas e Instrumentos Iberoamericanos en Psicología de la Salud*. Bogotá: Promolibro.
- PEREZ-LOVELLE, (1997). En: *Hombrados*, M. (1997). *Estrés y Salud*. Valencia: Promolibro.
- Programa de Salud Mental de Políticas y Servicios de Salud Mental y Promoción de la Salud Mental. OPS/OMS, Wahington, 2002
- ¿Qué es la Salud Mental?* (2005). Lima: MINSa. En: <http://www.minsa.gob.pe/campanas/salud%20Mental/default2.asp> Recuperado el 6 de mayo de 2005.
- REVISTA PANAMERICANA DE SALUD PUBLICA. Comunicado de Prensa. OPS En: <http://www.paho.org/Project.asp?SEL=PR&LNG=SPA&ID=342> Recuperado el 10 de abril de 2006.
- RODRÍGUEZ MARIN, J. (1995). *Psicología de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- ROMERO, J. (2000). VI Seminario Internacional de Psicología «Psicología de la Salud». Lima: USMP.
- SALUD MENTAL Y FÍSICA DURANTE TODA LA VIDA. OPS/OMS. En: <http://www.paho.org/Project.asp?SELL=TP&LNG=SPA&ID=148> Recuperado el 6 de mayo de 2005
- SIMON, M. (1993). *Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.

