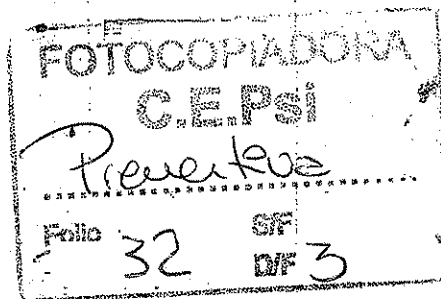


SAFORCASA y Col. - El "Factor Humano" en la Salud Pública.



APORTES PSICOSOCIALES AL CONCEPTO DE RIESGO

Claudia Bonzo, Beatriz Castro,
Martín de Lellis, Corina Samaniego
y Eduardo Tissera

Al considerar el panorama económico latinoamericano más próximo, vemos que así como en la década del 70 la situación de permisividad financiera internacional estimuló políticas de endeudamiento externo con expansión del gasto interno, en los años 80 se produce una agudización del ciclo recesivo de los centros acompañado de la elevación de las tasas de interés y la contracción de los ingresos de capital hacia la región, siendo éstos algunos de los determinantes de la crisis actual. Las políticas de ajuste se dirigieron entonces a la compresión de las importaciones y a recortar la inversión pública, particularmente la destinada a la esfera social.¹ Se produce así una fuerte concentración de los efectos negativos de la crisis sobre los sectores más pobres de la población, los cuales se constituyeron tradicionalmente en el objeto de las políticas sociales por ser los grupos expuestos a mayor riesgo de enfermar o morir.

Recordemos que es en 1978, en Alma Ata, donde se adopta la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como camino para alcanzar la meta propuesta de Salud Para Todos en el año 2000 (SPT/2000) a fin de dar solución a los acuciantes problemas de salud mundial, y que en América latina, en virtud de lo expresado, presentan características particulares.

Es así que en países como el nuestro, con un sistema de salud caracterizado por una alta ineficacia e ineficiencia, consideramos poco factible el funcionamiento de APS como estrategia global entendida como reestructuración del sistema de salud y puerta de entrada a él. Proponemos entonces trabajar en aquellas fisuras que nos ofrece el sistema: los programas. Es aquí donde se inserta el enfoque de riesgo como instrumento fundamental para el logro del principio de equidad.

Una de las críticas a este principio es que resulta en un "objetivismo tecnológico inhumano"² al trabajar un técnico en administración a partir de una categorización de individuos según una sumatoria de posibles factores de riesgo, hecha por un experto. Sostenemos que esto puede salvarse en la medida

en que aquellos que operen con los datos obtenidos sean los mismos que los han categorizado y que lo hagan en el seno mismo de donde surgen: en la comunidad. Es aquí donde cobran importancia los conceptos de la Psicología Social, al tener en cuenta que los sujetos se hallan insertos en comunidades, interactuando permanentemente y que, justamente a partir de esto, cabe pensar que en la producción de las enfermedades tienen importancia no solo los factores biológicos sino también, y en un nivel semejante, los psicosociales. A estos se los ha considerado, en el momento del diagnóstico, sólo como *influyendo* en las patologías específicas y no teniendo en cuenta, en el momento de las acciones, que su incorporación permitiría implementar estrategias en relación al cambio de actitudes, creencias, prejuicios, estilos de vida; sistemas valorativo-actitudinales, etcétera.

Otra objeción estaría en su aparente parentesco con la propuesta de "atención primaria selectiva," vigente en algunos sectores de América latina, y que ha desvirtuado los lineamientos dados en Alma Ata, sobre todo los de "integralidad" y "participación"³. Es así que nos diferenciamos de esta postura rescatando que si en algunos casos sólo podemos actuar selectivamente, los programas deben incorporar los principios de APS a fin de abrir el camino hacia la estrategia global. Así, postulamos como fundamental la dimensión percibida por la comunidad en relación a todo diagnóstico de salud que la incluya.

Desde otro ángulo, nuestro trabajo encuentra su justificación en las características epidemiológicas que presenta nuestro país, en tanto coexisten en él patologías propias de países desarrollados y subdesarrollados. Entre las primeras, las enfermedades crónicas y degenerativas mantienen una estrecha relación con comportamientos cotidianos de la población: situaciones constantes de estrés, modos de vida, etc.. Dichas variables, que llamaremos factores de riesgo psicosociales, también intervienen en la producción de enfermedades infecciosas; si pensamos por ejemplo que éstas siguen muchas veces en su transmisión las redes sociales ya existentes en una comunidad.⁴

MARCO CONCEPTUAL

Nos parece de fundamental importancia dejar sentado desde el inicio nuestra postura en relación al concepto de salud. Por eso, retomando las numerosas críticas que se le han hecho a la ya conocida definición de salud dada por la OMS en 1946, adoptamos la enunciada por el licenciado Enrique Saborcada:

"Salud es la situación de relativo bienestar físico, psíquico y social -el máximo posible en cada momento histórico y circunstancia social determinada-, considerando que dicha situación es producto de la interacción permanente y recíprocamente transformadora entre el individuo (entidad bio-psico-socio-cultural) y su ambiente (entidad físico-química-psico-socio-cultural y económica-política)".⁵

De esta manera postulamos que resulta imperioso sostener, por un lado, una visión epidemiológica del proceso salud-enfermedad, y por el otro la realización de un viraje hacia el polo de la salud. En la medida en que se supera el considerar los aspectos puramente biológicos de la salud, se produce una apertura hacia la incorporación de las Ciencias Sociales a su tratamiento.

Tomando ahora la propuesta de Atención Primaria cabe recordar que ella rescata la necesidad de trabajar a partir de equipos de salud interdisciplinarios.

Vemos entonces cómo la Psicología tiene la obligación de aportar aquello que le compete en relación con la salud. Pero situándonos ahora en nuestro país, consideramos que nuestra disciplina ha pasado por un particular proceso de autolimitación de sus potencialidades; esto se ha dado tanto en relación a las prácticas, al trabajar sobre la prevención secundaria y en algunos casos la terciaria exclusivamente en el campo de la enfermedad mental, como en los marcos teóricos, entre los cuales ha predominado fundamentalmente el psicoanalítico.⁶

En efecto, mientras la mayor parte de las ciencias y disciplinas tienden hacia la interdisciplina, la Psicología no solo ha ignorado su relación con otros campos científicos sino que ha desconocido la posibilidad de abordar su objeto de estudio desde distintos marcos teóricos.

Superar estas falencias aportaría el logro de estrategias de acción más eficaces que las actuales, lo cual contribuiría a mejorar el grave estado de salud que sufren los países dependientes como el nuestro.

De esta forma, el psicólogo podría entonces trabajar desde el sanitarismo definido como:

"El conjunto de principios, teorías científicas y tecnológicas, tecnologías y prácticas, así como todo tipo de recursos y canales institucionales—provenientes del estado y de la comunidad—por medio de los cuales en forma orgánica la comunidad encara la preservación y aumento de su estado de salud y las acciones preventivas necesarias ante la enfermedad".⁷

Es así que, por ejemplo, la Psicología podría aportar herramientas teóricas y técnicas a la epidemiología, entendida en un sentido amplio como "el estudio de las enfermedades en la sociedad".⁸

Entre los métodos que utiliza esta disciplina se encuentra el enfoque de riesgo que se emplea para medir las necesidades de atención por parte de los grupos específicos, contribuyendo a establecer prioridades en salud así como necesidades de reorganización de los servicios de salud.

Es nuestra intención tener presente la dimensión psicosocial pertinente a esta metodología. Sostenemos que esto es posible en dos planos: a) uno es el de la organización de los servicios. Aquí se podría analizar, por ejemplo, la factibilidad de que un equipo de salud sea el idóneo para llevar a cabo acciones sanitarias efectivas; b) el otro es el de las condiciones de salud de la comunidad.

En este plano nos interesa la temática de los factores de riesgo, de los cuales se han destacado tradicionalmente los psicosociales sólo como "influyendo" de manera difusa y no constitutiva en las patologías.

Salvar esto daría lugar a un enriquecimiento de los distintos estudios epidemiológicos.

Trataremos de brindar algunas conceptualizaciones en relación al segundo plano mencionado.

FACTORES DE RIESGO Y DAÑOS A LA SALUD

Hernán San Martín define los factores de riesgo como "toda circunstancia, o característica determinable vinculada a una persona, un grupo de personas o una población de la cual sabemos que está asociada a un riesgo de enfermar o de la posibilidad de evolución de un proceso mórbido o de la exposición especial a un tal proceso".⁹

Por otra parte hemos tomado la noción de daño en tanto que es más amplia que la patología (cuadro clínico) y nos habla de todo tipo de alteraciones de la salud, en sus diferentes grados.

Esto supondría que la diferencia entre daño y factor de riesgo depende de dónde se posiciona uno en la cadena etiológica: lo que para un determinado daño constituye su factor de riesgo, para otro factor de riesgo que le antecede puede ser en sí mismo ya un daño. Por ejemplo: si el daño es un estado depresivo podríamos considerar al desarraigo cultural como uno de sus factores de riesgo, pero a su vez el estado depresivo puede ser el factor de riesgo de un daño mayor: la muerte por suicidio.

No obstante, hay casos en que el factor de riesgo nunca será un daño: por ejemplo el ruido, una sustancia química, etcétera.

Considerando ambos, factor de riesgo y daño, proponemos un esquema que puede parecer reduccionista y lineal si no se lo entiende a luz de su utilidad. Si como psicólogos pensamos que sólo nos compete en nuestra práctica analizar los factores de riesgo que están actuando en la producción de determinado daño psicosocial, evidentemente nos estamos limitando. Si clasificamos ambos conceptos genéricos según la dupla psicosocial y no psicosocial, y cruzamos las categorías en un cuadro de doble entrada obtenemos cuatro posibilidades:

- a) Factor de riesgo psicosocial y daño psicosocial.
- b) Factor de riesgo psicosocial y daño no psicosocial.
- c) Factor de riesgo no psicosocial y daño psicosocial.
- d) Factor de riesgo no psicosocial y daño no psicosocial.

Analizando cada una de ellas veremos que en realidad son tres las posibilidades que nos competen: a, b y c, quedando d para el campo estrictamente biológico.

VULNERABILIDAD PSICOSOCIAL

Quando hablamos de vulnerabilidad estamos acentuando aquellas características propias de un sujeto o grupo de sujetos que hacen que ellos mismos tengan una probabilidad mayor de padecer un daño.

Es decir que, sin dejar de tener en cuenta los factores de riesgo ubicables en el ambiente, en este punto nuestro foco de atención está puesto sobre aspectos que caracterizan y diferencian los distintos grupos. Dichos aspectos han sido clasificados como factores de riesgo endógenos en la epidemiología clásica.

En este apartado nos ocuparemos de relevar la presencia de las variables psicosociales y su relación con la vulnerabilidad.

En este sentido lo más ampliamente trabajado es su relación con el concepto de estilos de vida (Jenkins, Wolkman, Lalonde, Pedersen, etc.).

En muchos estudios realizados en los países desarrollados este concepto aparece asimilado al de conductas o hábitos individuales, y según cuáles adopten los sujetos se incrementará o no su riesgo de padecer distinto tipo de afecciones, por lo cual se explica en gran medida el perfil epidemiológico de dichas regiones.

Se estima que alrededor del 42% de estas patologías se relaciona con los estilos de vida, mientras que el resto se distribuye entre las variables de medio ambiente, servicios de salud y biología humana.

Solamente este dato justifica el abordaje del enfoque de riesgo desde una perspectiva psicológico-social.

Sin embargo, en muchos de los autores citados predomina una concepción atomística que supone los estilos de vida como sumatoria simple de conductas específicas.

Tal vez más cerca de nuestra postura se encuentre la definición de estilos de vida que propone el Dr. Arroyo Sucre: "la forma o el proceso según el cual cada individuo participa en una sociedad e interacciona y se adapta al medio físico, económico y social, reflejando los valores que resultan de tal proceso".¹⁰

Por lo tanto, asumiendo que los estilos de vida se materializarán en conductas concretas, conceptualizamos a estas como la expresión de la personalidad mediatizada por sistemas reguladores internos. Se plantean dos niveles fundamentales de regulación de la personalidad: por un lado los aspectos estructurales que son la manifestación de sus contenidos organizados para expresarse en el comportamiento y, por otro, las formas particulares en que los mismos contenidos se expresan en distintas personalidades, es decir adquieren su sentido psicológico.

La personalidad no es un reservorio interno de respuestas prefabricadas con comportamientos idóneos para cada situación externa que enfrentamos, ni es ella la que enfrenta la situación: quien lo hace es el hombre como sujeto de su sistema personalidad.¹¹

Nuestra disciplina tiene la tarea de sistematizar metodologías para aportar a la epidemiología información sobre grupos vulnerables atendiendo, entonces, no sólo a las conductas manifiestas, sino también desentramando todos los niveles de complejidad que intervienen.

Junto con la identificación de los grupos vulnerables, la metodología del enfoque de riesgo propone una distribución equitativa de los recursos.

Nosotros consideramos que también deben incluirse los recursos psicosociales que la comunidad tiene para afrontar sus problemas de salud directamente relacionados con las concepciones y prácticas generales y de salud desarrolladas en un proceso histórico. La tarea aquí es construir conjuntamente recursos que promuevan un mayor grado de salud y participación.¹²

SITUACIÓN DE RIESGO

Quando la epidemiología evalúa la relación entre daños y factores de riesgo tiende a hacerlo sin considerar las interacciones entre estos últimos. De esta manera restringe su capacidad explicativa y, por lo tanto, parcializa las respuestas sanitarias.

Detrás de esto podemos inferir supuestos de una epistemología atomística (que trata de comprender el todo analizando cada una de sus partes por separado). Consideramos que tienen más poder explicativo y operacional los paradigmas totalizadores. En este sentido la visión ecológica social resulta fundamental para entender los procesos de adaptación de los sujetos a su ambiente históricamente determinado.

Esto implica concebir los factores de riesgo conformando un sistema con características dinámicas, al que denominamos "situación de riesgo". Si bien los cambios en cualquiera de ellos significan modificaciones en la relación con los otros, dependerá del tipo de factores de riesgo de que se trate, el que estos cambios sean dentro del mismo sistema (situación) o que impliquen un cambio de tipo estructural.

El recorte de lo que se considera sistema, suprasistema y subsistema depende del nivel de análisis de los hechos desde el cual nos ubiquemos, ya que la situación de riesgo se definirá según la posición en que se encuentre el observador.

Tomamos conceptos en cierta manera coincidentes de dos epidemiólogos: H. San Martín y P. L. Castellanos. El primero distingue factores de riesgo: originarios, intermediarios y terminales.

El segundo conceptualiza tres niveles de determinación: general, particular y singular. Aun con diferencias, ambos aluden a que el primero de los planos (el general o de factores originarios) corresponde a la estructura económico-social en un momento histórico determinado. El segundo sería el nivel de las intermediaciones a través de las cuales los diferentes grupos de una sociedad garantizan su reproducción (sería el nivel particular o de los factores inter-

mediarios). Finalmente San Martín llama factores terminales a los ubicados en la fase final de la "cadena etiológica integral". Estaríamos en el nivel singular de Castellanos, espacio en que la epidemiología tradicional estudia las variaciones entre atributos individuales.¹³ Es esta lectura la que permite ordenar y luego operar en la "maraña epidemiológica" mencionada por Nájera.

Así contextualizados los factores de riesgo se altera cualitativamente el concepto de la tríada ecológica. En principio la idea de un agente debemos entenderla, en muchos casos, como una particular *combinación de factores de riesgo* que se produce en un momento dado y que opera como desencadenante de un proceso mórbido, sobre la base de una previa relación entre otros elementos del ambiente y el o los sujetos en riesgo.

Con respecto al ambiente y a los sujetos implicados en una situación dada, nos interesa destacar, de los factores psicosociales, aquellos referentes a las distintas modalidades de interacción. Estas configuran parte del ambiente en el que se encuentran los grupos sociales involucrados. Para Barker conforman un aspecto del "ambiente conductual".¹⁴

Sobre la base de las reglas de interacción pueden pensarse situaciones del nivel singular (familias y grupos pequeños) y del plano particular (abordaje de redes comunitarias).

En ambos casos los entramados de interacción pueden implicar tanto posibilidades eugenésicas (apoyo social) como situaciones de riesgo.

Con respecto al recorte situacional en redes sociales, es a través de éstas que se vehiculizan las concepciones y prácticas en salud de la comunidad. Es tarea del psicólogo comunitario conocer este tejido de relaciones y facilitar formas de organización que promuevan participación.

En cuanto al nivel general, que opera la determinación de las situaciones a nivel particular y singular, el psicólogo debe tenerlo en cuenta para conocer límites y posibilidades que impone la estructura económico-social y política, e identificar las concepciones generales y de salud vigentes en una sociedad.

Otro aspecto que debe ser desarrollado en el futuro con este encuadre conceptual es el de las denominadas situaciones de crisis en relación con las de riesgo aquí planteadas.

PERCEPCIÓN DEL RIESGO

Dentro de la percepción, como proceso psicológico de aprehensión de la realidad, se encuentra un aspecto importante para el enfoque de riesgo que es la percepción del riesgo. "Es casi un axioma de la psicología actual decir que la manera en que reaccionamos depende de la manera en que percibimos",¹⁵ por ende la forma de actuar de una comunidad frente a los factores de riesgo se explica desde cómo se los percibe. La percepción del riesgo compartiría con la percepción general dos aspectos que la conforman:

- a) Cognoscitivo-informativo: permite la clasificación de lo percibido asignándole una identidad.
- b) Valorativo-actitudinal: permite seleccionar lo percibido según factores activos, normativos y valorativos de la propia cultura o grupos sociales de pertenencia.

Haciendo un análisis histórico podríamos considerar la época de la Revolución Industrial como un hito que marcaría dos tipos de calidad de vida donde los factores de riesgo son cualitativa y cuantitativamente diferentes, y por ende su percepción adquiriría formas diferentes.

En una etapa previa, el universo de los factores de riesgo que porta el medio ambiente humano es menor y más sencilla su interrelación, dada la menor complejidad del contexto. Además el hombre dispone del tiempo suficiente como para percibir y analizar una cantidad de información recibida acorde con sus necesidades, y actuar en consecuencia.

Por otra parte prevalecerían los riesgos de tipo biológicos, químicos, etc. En cambio en el mundo actual, el desarrollo social se da en forma de una progresión geométrica, con vertiginosos cambios en los sistemas tecnológicos, urbanísticos, y de comunicación de masas.¹⁶

Obviamente hay beneficios para la calidad de vida no existentes con anterioridad, pero también ese desarrollo ha generado sus propios contaminantes; entre ellos: la complejización, proliferación y potenciación de los factores de riesgo. Entonces, la percepción del riesgo del hombre contemporáneo debe realizarse en situaciones donde:

- Se han multiplicado los factores de riesgo de todo tipo, pero especialmente los psicosociales.
- Estos son los más difícilmente perceptibles porque no se captan por medio de los órganos de los sentidos.
- El tiempo disponible y las capacidades psicológicas del sujeto, en cuanto a procesamiento de información, son insuficientes frente a la gran cantidad de datos y de necesidades creadas por el mismo contexto social.

En consecuencia, al complejizarse las tareas de aprehensión de la realidad aumentan las posibilidades de error en el resultado de dichos procesos. Estos errores podemos caracterizarlos según los componentes de la percepción:

Eje cognoscitivo-informativo:

- 1) Aumentando los umbrales de percepción: la peligrosidad de un factor de riesgo debe ser mucho mayor para que pueda ser percibido.
- 2) Generando falsos procesos de percepción: incluye la no percepción y

la percepción errónea. La segunda se produce cuando se percibe un factor de riesgo de manera distorsionada tanto cualitativa como cuantitativamente.

Eje valorativo-actitudinal:

1) Transformación de valores: cuando el carácter negativo de un factor de riesgo (comprobado científicamente) se transforma en un valor para el hombre.

2) Disminución del valor salud: los factores de riesgo no se valorizan como negativos porque tampoco se valoriza ya la salud, excepto cuando se la pierde.

Entonces, la percepción del riesgo es un elemento fundamental dentro de un enfoque de riesgo que apunte a la modificación concreta de la realidad sanitaria, porque cuando la comunidad percibe su situación de riesgo contamos con un recurso facilitador para la programación de las actividades preventivas.

Y, cuando no percibe o lo hace erróneamente, sería importante entender que este hecho en sí mismo podría caracterizarse como uno de los factores de riesgo de tipo psicosocial más importante; en la medida en que, al obstaculizarse el reconocimiento de otros riesgos, esto genera daños evitables a la salud.

Para modificar la realidad sanitaria de una comunidad se hace indispensable la planificación de las tareas, y para que sea realmente eficaz y eficiente no se puede olvidar el papel que juega la población en ese proceso.

El tecnólogo que pretende conocer la situación de riesgo desde su campo científico debería comprender que también él, como miembro de la comunidad, puede cometer errores a partir de su percepción.

En el momento diagnóstico, para efectuar luego tareas preventivas con participación comunitaria es necesario considerar dos dimensiones en el problema de los factores de riesgo: a) La situación de riesgo real; definida como la totalidad de factores de riesgo actuantes en una comunidad y su interrelación. b) La situación de riesgo percibida: tanto por la comunidad como por los efectores de salud, que pueden ser coincidentes o no entre sí y con respecto a la situación de riesgo real.

Es posible que, dada la falta de coincidencia, la primera tarea preventiva sea trabajar sobre la percepción de ambas partes, de modo que se llegue a un resultado final que constituya una construcción conjunta de la situación de riesgo real.

Este proceso de construcción de la situación de riesgo real es lo que habitualmente se denomina concientización, que no es dirigida sólo por los efectores sino realizada en un proceso común.

Los motivos por los cuales puede fallar son:

- Factores relacionados con la propia cultura: la lógica interna de un sistema cultural dado no acepta la caracterización de un fenómeno como un factor de riesgo, en tanto que genera contradicciones.

- El marco teórico adoptado por el equipo de salud, ya que sus hipótesis hacen un recorte de la realidad y en ese sentido son limitadas.
- Un peligro de exposición a otros factores de riesgo cuya probabilidad de devenir en un daño es muy elevada.
- El factor de riesgo tiene consecuencias negativas a muy largo plazo, mientras que en el presente se asocia a la obtención de beneficios.
- Frente a un riesgo no hay alternativas válidas por las que el sujeto pueda optar.
- Por mecanismos de defensa psicológicos tales como la negación, el desplazamiento o la intelectualización.

COMENTARIOS FINALES

Los límites hallados en el enfoque tradicional del riesgo llevaron a una serie de planteos que profundizan en la dimensión psicosocial. Estos planteos encuentran fundamento en los componentes estratégicos de la A.P.S., de los cuales destacamos el referido a la participación comunitaria. Se hace oportuno relacionar este concepto con el de organización comunitaria, pues la participación se canaliza mediante formas de organización que a su vez de adaptan y transforman a partir de la participación de los sujetos. Al concebirla como potenciadora del desarrollo y la organización de los sectores sociales, la participación es aquí considerada uno de los principales indicadores de salud mental.

Esto nos remite a los aspectos positivos que contiene la definición de salud adoptada.

Si bien reconocemos el límite que impone el no contar con una teoría de la salud ni con conceptos e indicadores adecuados para su medición, sostenemos que avanzar en esta dirección tendría consecuencias significativas en el enfoque de riesgo.

Cuando el trabajo se orienta hacia el polo de la enfermedad, el método epidemiológico prioriza la elección de aquellas variables asociadas al mayor riesgo de enfermar o de morir, mientras que al orientarse hacia el polo de la salud cobra también importancia definir las variables que posibilitan una mejor calidad de vida.

Inversamente, cuando aumenta el error en la identificación de los factores de riesgo o recursos existentes disminuye la posibilidad de controlarlos o administrarlos, apareciendo entonces sus efectos como aleatorios.

En consecuencia, deben destacarse los recursos psicosociales que aumentan en los sujetos la resistencia o facilitan la adopción de modos de vida sanos como también la percepción del riesgo, en tanto condición para la eficacia y eficiencia de las acciones sanitarias.

Al pensar en las derivaciones prácticas que esto tendría en el sanitarismo, hemos tenido en cuenta la psicología comunitaria, lo cual plantea ciertos desafíos.

En lo que respecta a los *aportes teórico-técnicos* tenemos presente la aplicación de una tecnología como la educación para la salud o bien las diversas estrategias de inserción comunitaria, las cuales se fundamentan en corrientes de la psicología social aplicada. Entre las acciones concretas por llevar cabo se incluye la evaluación de los recursos que dan respuesta a las necesidades de los sujetos y que contribuyen al análisis de los problemas de salud, ampliándose la gama de actividades que, más allá del sector salud, abarquen el conjunto de intereses que promuevan la participación en la comunidad.

En cuando a la *modalidad de trabajo* cabe señalar que las tareas propias del psicólogo comunitario pueden llevarse a cabo de manera completa a partir de su inclusión en un equipo interdisciplinario, reiterando aquí la utilidad de integrar los aportes de cada disciplina según una visión sistémica.

Como objetivo conducente de esta modalidad de trabajo se plantea una totalidad capaz de focalizarse desde varias perspectivas simultáneamente. Estas convergen en la medida que descansan en un marco referencial común, tal como el que puede proveer una epidemiología integral.

BIBLIOGRAFIA

1. IGLESIAS, E.: "América Latina: Crisis y opciones de desarrollo", en Ulloa, F. y otros, *Democracia y desarrollo en América Latina*. Grupo Editor Latinoamericano.
2. CASTEL, R.: *La gestión de los riesgos. De la antipsiquiatría al postanálisis*. Edición Anagrama, 1984.
3. GRODOS, D. y BETHUNE, X.: Las intervenciones sanitarias selectivas: Una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. *Cuad. Med. Soc.* Nro. 46. Rosario, 1988.
4. Proyecto Brochero: *Control de Tuberculosis*. Dirección de Planeamiento. Gobierno de la Pcia. de Córdoba. República Argentina, 1988.
5. Programa de la Catedra de Salud Pública/Salud Mental, Titular Lic. E. SAFORCADA. Facultad de Psicología. U.B.A., Depto. Publicaciones, 1988.
6. SAFORCADA, E.: "Modelos hegemónicos en salud". Rev. *Gaceta Psicológica*. Nro. 77. Bs. As. Junio-Julio de 1987.
7. Programa de Catedra citada.
8. TERRIS, M.: *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social*. Edit. Siglo XXI. México, 1987.

9. SAN MARTÍN, H.: *La crisis mundial de la salud*. Edit. Ciencias. Madrid, 1985.
10. ARROYO SUCRE, J.: *Los principales problemas de salud mental en los países en desarrollo*. Panamá, Agosto de 1986.
11. GONZÁLEZ REY, F.: "Personalidad, Salud y Sociedad". Conferencia XX Congreso Interamericano de Psicología. Bs. As., Junio de 1989.
12. KORNBLIT, A.; ARRUE, W. y colaboradores: "Evaluación del riesgo a nivel psicosocial. Detección de grupos familiares vulnerables". *Revista Encuentros para la Salud*.
13. CASTELLANOS, P.: "Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. *Cuad. Med. Soc.* Nro. 42. Rosario, 1987.
14. LEÓN CARRIÓN, J.: "El contexto y el ambiente conductual: un abordaje para la prevención de las drogadependencias". Cap. VII, C FA (U.B.A.) Bs. As. 1987.
15. AVANT, L.: "Teorías de la percepción". En *Manual de Psicología general*. Comp.: Wilman, B. New Jersey, 1973. Ficha.
16. LEVI, L. y ANDERSSON, L.: *La tensión psicosocial*. Edit. El Manual Moderno S.A., México, 1980.