



31961  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

4  
2eg  
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS  
PROFESIONALES IZTACALA

PSICOLOGIA PEDIATRICA

**TESIS**  
**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE**  
**MAESTRA EN MODIFICACION DE CONDUCTA**  
**PRESENTA**

**ESTHER MARIA MARISELA RAMIREZ GUERRERO**

MEXICO, 1996

**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON**  
**FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

b

A MIS DOS HERMOSAS MOUNSTRAS  
GALA Y AURA  
POR SU INCREIBLE PACIENCIA,  
COMPRESION E INTERES

A ENRIQUE POR SU APOYO Y AMOR  
Y CLARO, POR SUS  
DISERTACIONES SOBRE EL TEMA

A MIS PADRES POR SU SENCILLEZ,  
NOBLEZA Y SU INFINITO CARIÑO

A MIS HERMANOS POR SU GRATA  
COMPAÑIA E INCONDICIONAL AFECTO

A TUFO Y TASHA POR ACOMPAÑAR  
A MIS HIJAS

c

A LEO POR SABER SER UN AMIGO  
EN TODO MOMENTO

A VIDAL Y ARTURO POR SU AMISTAD  
Y ATINADOS COMENTARIOS



## INDICE

---

INTRODUCCION .....	3
CAPITULO 1. LA PSICOLOGIA PEDIATRICA (PP) COMO AREA DE TRABAJO. ....	5
1. Antecedentes.....	5
2. Características generales de la PP.....	11
CAPITULO 2. ASPECTOS TEORICOS Y METODOLOGICOS DE LA PP.---	20
1. Marcos teóricos más comunes .....	20
2. Métodos de investigación .....	27
3. Estrategias de evaluación. ....	35
4. Estrategias de intervención .....	42
CAPITULO 3. EJEMPLOS DE CASOS EN LA PP. ....	55
1. Consideraciones acerca del estrés y el dolor .....	56
2. Ejemplos de casos específicos .....	65
CAPITULO 4. ESTADO ACTUAL DE LA PP. ....	79
1. Condiciones de la PP en Estados Unidos .....	80
2. Condiciones de la PP en México .....	89

CAPITULO 5. PROPUESTA DE PROGRAMA DE LA PP EN MEXICO. -----	102
1. Nivel primario: Prevención -----	104
2. Nivel secundario y terciario: Actividades del psicólogo en el escenario médico -----	110
 CAPITULO 6. CONCLUSIONES.-----	 121
 BIBLIOGRAFIA.-----	 125



## INTRODUCCION

---

Recientemente ha surgido una contribución de la psicología al sistema de salud ya que los psicólogos han descubierto este sistema después de haberse concentrado por muchos años en la salud mental, finalmente se han dado cuenta de las posibilidades de servicio que pueden ofrecer en otros ámbitos. Así, apareció la Psicología de la salud ó Psicología Clínica de la Salud cuyo crecimiento ha sido lento aunque relativo a la psicología como un todo, a la investigación biomédica y a la psicología clínica. Poco a poco, los psicólogos se han hecho presentes en los escenarios médicos ya que en mayor grado que la Sociología o la Antropología, la psicología desarrolló intereses de aplicación y comenzó a tener ciertos éxitos profesionales en el empleo de técnicas que demostraron ser valiosas en el sistema de salud.

En este trabajo presentaremos la forma en que se fue desarrollando una área derivada de la Psicología Clínica de la Salud, la Psicología Pediátrica (PP); mostraremos su evolución considerando los antecedentes teóricos y prácticos a partir de los cuales se conforman sus características particulares, así como las teorías y estrategias de intervención más utilizadas en los últimos 20 años hasta la fecha. Por otro lado, se presenta un ejemplo de caso de aplicación de las posibilidades de trabajo en esta área. Así mismo, se realiza una revisión de las condiciones que actualmente prevalecen en este campo tanto en Estados Unidos como en México. A

partir del análisis del estado de la PP en México, se presenta un programa que muestra las posibilidades del área dentro del país. De esta manera, podemos derivar como objetivos generales:

a) Analizar el avance de la PP a partir de sus antecedentes, de su desarrollo teórico y metodológico y de las aplicaciones realizadas en los últimos años, con el fin de establecer su estatus actual y posibilidades futuras, b) Presentar los casos de aplicación en los escenarios médicos como muestra de la factibilidad del empleo de técnicas psicológicas en el sector salud, y c) La elaboración de un programa de trabajo para el psicólogo dentro del ámbito médico que muestre las posibilidades de inserción de este profesionista en nuestro país.

 CAPITULO 1.

---

**LA PSICOLOGIA PEDIATRICA COMO AREA DE TRABAJO*****1. Antecedentes.***

La Psicología Pediátrica surge como un área derivada del crecimiento de la Psicología dentro del sistema de salud, ya que esta disciplina se ha relacionado con dicho sistema más que cualquier otra ciencia social. Stone, (1979) argumenta en relación a la necesidad que emerge del campo de la salud para incorporar el análisis de los procesos mentales en algunos problemas médicos y reconoce que el trabajo del psicólogo no había sido hasta ese momento, suficientemente apreciado en cuanto a sus aportaciones. Se considera que es a partir de los intentos de Franz y Watson (citados en Stone, 1979) por integrar ambos campos de estudio que surge el primer antecedente importante de este trabajo conjunto y fue alrededor de 1911 y 1915. Sin embargo, los inicios reales de esta tendencia comenzaron hace 50 años en un trabajo de Anderson, (1930) citado en Christophersen & Rapoff, (1979) en donde se hace notar el exitoso avance de los métodos de entrenamiento infantil, tanto en niños normales como con problemas de ajuste, a partir de este artículo podemos hablar de la ahora conocida "Psicología Pediátrica".

Aún con este dato, no es sino hasta la década de los 50 cuando se encontró una marcada y clara relación entre la psicología y la medicina, a partir de este momento

y ya en la década de los 70 nos encontramos con una línea más adecuada del nuevo campo de estudio. De estos últimos trabajos surge el término general de "psicología clínica de la salud", que es definida como "la aplicación del conocimiento y métodos de todos los campos sustantivos de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud física y mental del individuo y a la prevención, evaluación y tratamiento de todas las formas de desordenes mentales y físicos en los que se encuentran influencias psicológicas que contribuyen a la disfunción de un individuo" (Millon, 1982). Dentro de este contexto, aparece la Psicología Pediátrica, básicamente en Europa y Norteamérica donde encontramos un enorme desarrollo e interés en cuanto a la investigación en esta área, así como en la aplicación de programas en los escenarios médicos. Presentaremos algunos de los trabajos más representativos en el desarrollo de este campo derivado de la psicología de la salud.

En 1983, Routh, Schroeder y Koocher mencionan el surgimiento de un consenso entre aquellos responsables del cuidado primario de la salud infantil, el cual consiste en no solo incluir los aspectos médicos sino también la asistencia a los padres en cuanto a problemas en el desarrollo y conducta. También consideran la creciente inclusión de los psicólogos entre el personal de los grupos médicos que dan el cuidado primario infantil. Describen un modelo médico para esta práctica relativamente nueva. Así mismo, tales escenarios pediátricos ofrecen nuevas oportunidades de investigación para los psicólogos. Derivado de esto, una importante política pública comienza a interesarse en tal modelo para un cuidado de la salud más comprensivo que incluya los servicios psicológicos, así, éste, puede estar al alcance de todos los niños, y la investigación puede evaluar los servicios y mejorar su eficacia.

Por otro lado, Mesibov, 1984 revisa la historia de la psicología Pediátrica, enfatizando las primeras descripciones y conceptualizaciones, la continuidad con las raíces históricas del campo y las tendencias más prometedoras, las cuales deben ser:

una mayor investigación sobre problemas específicos a la psicología Pediátrica, un mayor énfasis en la prevención y el entrenamiento; estas parecen ser de acuerdo al autor las direcciones más fructíferas para la expansión futura de la PP. Wright, (1985) continuó haciendo esfuerzos para la consolidación de este campo, presentando un artículo a manera de discusión con Morris Green (pediatra), en donde identifica las áreas potenciales de colaboración a partir del entrenamiento de pediatras y psicólogos, así como de otros profesionales de la salud. Por su parte, Green, (1985) sugiere que el modelo de la práctica Pediátrica debe enfocar la necesidad de tratar los aspectos de nutrición y las enfermedades infecciosas, pero que es necesario un nuevo modelo que esté basado en el cuidado médico primario, secundario y terciario. El nivel 1, debe ser administrado en el consultorio por el médico pediatra. El nivel 2, debe llevar al pediatra a áreas de interés especial. El cuidado en el nivel 3, debe ser dado por los pediatras: a) que hayan completado una especialidad en áreas tales como trastornos en el desarrollo, medicina del deporte, o psiquiatría infantil; b) que tengan el grado de doctor o entrenamiento equivalente en una ciencia biológica, social o conductual; y c) sugiere que el término pediatría conductual sea considerado o psicobiología Pediátrica y que sean tomados en cuenta los aspectos bioconductuales de la pediatría general en vías de esclarecer los requisitos de este nuevo trabajo.

También Yancy, (1985) considerado como un pediatra reconocido comenta en relación a la descripción de Green sobre el papel del pediatra en la administración de los servicios conductuales, mientras que el autor muestra su acuerdo con la posición de Green, sugiere el nombre de pediatría conductual del desarrollo para el nuevo modelo. Siguiendo esta línea de discurso, Perrin, (1985) se adhiere a la posición de Green y Yancy y remarca el hecho de que está apareciendo una nueva época para el médico y que las prácticas de grupo multiespecializado son cada vez más comunes. Por lo tanto, enfatiza que el entrenamiento de los pediatras debe

acomodarse a este y a otros cambios. Lebaron y Zeltzer, (1985) analizan la relación creciente entre la pediatría y la psicología, describiendo las diferencias y las similitudes en el entrenamiento y la orientación entre los psicólogos y pediatras, y presentan tres modelos de colaboración: La colaboración pediatría-psicología que puede producir una mejora significativa en la comprensión del cuidado primario de la salud; en el tratamiento de los desordenes psicósomáticos; y en el manejo del dolor infantil desde una combinación de problemas médicos, familiares y de ajuste.

Así mismo, la investigación y la legislación en el cuidado de la salud se remarcen como dos áreas adicionales en las cuales la colaboración entre pediatría y psicología muestra ser valiosísima. Se reporta un caso como ejemplo en donde un niño de trece años es referido por el neurocirujano al psicólogo pediátrico para tratamiento conductual del dolor de piernas y espalda después de quitado un tumor en la espina. El caso ilustra que la colaboración entre psicólogos y pediatras en los escenarios médicos puede reducir el número de visitas repetidas e inapropiadas del paciente al médico.

También Friedman, (1985) discute la relación de la pediatría conductual, psiquiatría infantil, psicología, trabajo social y enfermería. Se sugiere que la relación con la psicología es particularmente compleja a causa de las diferencias interdisciplinarias entre la psicología y especialmente a causa de la poca familiaridad de los psicólogos con las prácticas en los escenarios médicos. El autor considera que el facultativo médico y los familiares pueden ser más útiles que lo que puede ofrecer la psiquiatría infantil. Recomienda que la pediatría y la psiquiatría se integren como divisiones de la pediatría conductual. Sin embargo, cree que estas sugerencias pueden requerir de cambios que pongan mayor énfasis en los tópicos y habilidades psicosociales para aquellos entrenados en la pediatría conductual.

Por otra parte, se encuentra un artículo de Brodie, (1986) quien revisa la evolución del cuidado de la salud infantil desde la antigüedad hasta el presente.

Presenta temas que incluyen la indiferencia de la sociedad hacia el niño, los actos de infanticidio y el abuso infantil. Menciona que, por el siglo 18, la nueva información en el campo de la medicina y la química permite mejoras para el cuidado físico de los niños. Y que un espíritu de humanismo y la aparición de profesionales de la salud, conjuntan fuerzas a finales del siglo 19 para instituir cambios importantes en el estatus de salud infantil. Apoyado en esto, los avances en las ciencias sociales y básicas durante el siglo 20 han incrementado el conocimiento acerca de la nutrición, sanidad, bacteriología, farmacología, medicina, y psicología y ya en los años 60 en los Estados Unidos, se construyen comités para la salud infantil. El cambio en la estructura de la familia moderna, los avances en la ciencia médica y la tecnología, así como las políticas gubernamentales son algunas de las corrientes que de acuerdo a la autora, impactarán el futuro del cuidado de la salud infantil.

Así, Elkin & Roberts en 1988, hacen referencia a 351 artículos de PP publicados desde 1976 a 1985 y los categoriza de acuerdo a las siguientes variables: edad de la población, tipo de población, tipo de artículo, orientación teórica, afiliación del autor y editores. Una de las tendencias significativas que fue identificada es el incremento de la investigación aplicada, indicando una orientación totalmente científica hacia la solución de problemas inmediatos en el cuidado del niño. Los resultados muestran una perspectiva importante en la historia de la PP.

Como puede verse, esta área surgida en las dos últimas décadas, se convierte por derecho propio en una especialidad dentro de un dominio más amplio como lo es la psicología clínica de la salud. Las publicaciones más recientes se enfocan a la definición de su rol y al entrenamiento específico a la PP, y aún algunos autores han sugerido que debe ser considerada ya no como una especialidad, sino como un área en sí misma (Olson, Holden, Friedman, Faust, Kenning & Mason, 1988). Así, partiendo de lo anterior, Kaufman, Holden & Walker, (1989) realizan un estudio para identificar las direcciones que podrían ser más significativas en esta área en la

década de los 90. El trabajo utilizó el "Delphi Survey" que es un cuestionario abierto-cerrado que fue aplicado a expertos en la materia y abarcando tres dominios: investigación, entrenamiento y servicio clínico. Los resultados mostraron que la mayoría de los expertos se consideraban a sí mismos con una orientación totalmente conductual (63%) y el resto con orientaciones diversas. En relación al entrenamiento, las predicciones auguraban grandes innovaciones en los aspectos programáticos (inserción en los currículum y en los programas hospitalarios), en las estrategias de intervención (básicamente en los tratamientos breves y terapia familiar), y áreas de contenido (enfermedades crónicas y proceso de desarrollo). En cuanto a la investigación, los autores esperan un avance importante en la prevención, evaluación de tratamientos, neuropsicología, abandono y abuso infantil. Para el servicio clínico, se vislumbra el énfasis en la prevención, la identificación de factores relacionados al desarrollo profesional de los psicólogos en los centros médicos, así como de los problemas clínicos comunes a esos escenarios y el desarrollo de técnicas clínicas (neuropsicología y medicina conductual). Sobre la base de estas predicciones, parece que la PP puede gozar de un mayor crecimiento y popularidad durante la década de los 90.

De esta forma, se presenta de manera general una revisión de los autores y de los comentarios que han ayudado al establecimiento de la PP como una línea derivada e independiente por derecho propio de la psicología clínica de la salud, todos los trabajos mencionados fomentaron un gran número de estudios de investigación y aplicación que fueron dando forma a un nuevo perfil profesional del psicólogo en los ámbitos médicos, así como a nuevos modelos y programas de trabajo. Como es de notarse, es en las décadas de los 70 y los 80 cuando se presenta el mayor desarrollo y por lo tanto el establecimiento formal de un nuevo trabajo de la psicología. En la década presente, se muestran más casos de aplicación,

presentación de solución de problemas, ejemplos de casos, desarrollo de investigación, etcétera. Al parecer, las predicciones informadas por Kaufman et al, (1989) se están cumpliendo. En el siguiente punto de este capítulo, mostraremos algunas características actuales con respecto a la forma de trabajo que ya se genera en esta década dentro de la PP.

## ***2. Características generales de la Psicología Pediátrica.***

Como se mencionó en el punto anterior, el desarrollo de este nuevo campo ocurrió de los 70 a mediados de los 80, esta aceptación se debió a factores tales como; las fallas del modelo médico para explicar salud-enfermedad, la necesidad de incrementar y mejorar el estilo de vida y la prevención de la enfermedad, reconociendo la influencia de los estilos de vida para la salud y la madurez de la psicología entre otros (Belar, Deardoff & Kelly, 1978). Se llegó a comprender que los efectos de las variables psicosociales y conductuales sobre los fenómenos biológicos eran importantes y que la ciencia conductual y social daba contribuciones relevantes para la comprensión de los problemas de la salud física.

Así, las dos décadas pasadas marcaron un enorme interés sobre los procesos psicofisiológicos y las dimensiones ecológicas y sociales, igual que en el desarrollo de las intervenciones psicológicas para prevenir la enfermedad en el ámbito de la salud, aquí es donde la psicología como disciplina hizo aportaciones importantes para esta empresa. Desde la disciplina psicológica básica; se tuvo una mejor comprensión sobre los procesos corporales y acerca del aprendizaje, se tuvieron éxitos en la autorregulación fisiológica a través de la retroalimentación. En los estudios de los procesos cognitivos se encontró la importancia del significado, los sistemas de creencia y el procesamiento de la información. Por otro lado, la

investigación sobre la psicoendocrinología ayudó a comprender las relaciones entre los procesos fisiológicos y las emociones. Algunos de los desarrollos más importantes están ocurriendo en el campo de la psiconeuroinmunología, la que sostiene la posibilidad nada remota de poder delinear los mecanismos mediadores entre los procesos psicológicos y la salud (Ader, 1981). Actualmente, el campo se caracteriza por una comprensión de la multicausalidad de las funciones somáticas y la conducta, así como por el uso de diseños complejos y por sus evaluaciones tan sofisticadas de los aspectos psicofisiológicos.

Debido al crecimiento y reconocimiento de esta nueva área de trabajo, es posible tomar en cuenta algunos factores importantes con respecto a su práctica. Así, a partir de las aportaciones de la psicología y de los esfuerzos de Wright, (1985) por integrar un nuevo campo de estudio, surge la PP que combina aspectos de varias disciplinas para el cuidado de la salud infantil, este campo aparece para cubrir una necesidad; la confrontación de los pediatras con un gran número de problemas que requieren de un tratamiento médico-psicológico comprensivo. Paralelamente, los psicólogos están descubriendo tipos muy variados de "psicopatologías" relacionadas a enfermedades orgánicas, así como la utilidad de las intervenciones conductuales para algunos desordenes médicos. Por otro lado, el cuidado de la salud en pediatría responde a la noción de paciente total en lugar de enfocarse a los componentes físicos por separado (Schneider, 1978).

La relación entre psicología y pediatría es más fuerte que con otras especialidades dentro del sistema de salud dado que en este servicio se incluyen especialidades psicológicas, sociales y educativas sumadas a la especialidad médica usual, es por esto que se habla de un análisis molar acerca del problema a tratar, además de que para propósitos de investigación, la PP toma la posición de que factores biológicos, psicológicos y sociales están implicados en todas las fases de la salud y la enfermedad, variando desde aquellas conductas que ayudan a la salud

hasta aquellas que producen un daño severo ( Taylor, 1990). Esta posición ha sido llamada el modelo biopsicosocial y es el esquema de trabajo que guía a la investigación y a la práctica ( Schwartz, 1982).

Desde 1977, George Engel publicó un artículo en la revista Science hablando de un nuevo modelo médico, un modelo que se construía sobre el tradicional modelo biomédico. A esta nueva concepción se le dio el nombre de " modelo biopsicosocial " para designar e integrar una aproximación a los problemas médicos con la capacidad de moverse desde lo molecular a un nivel de análisis social y de intervención, dependiendo de la naturaleza del problema. Se puede recordar que tanto la psicología como la medicina, tienen una gran tradición enraizada en el punto de vista Cartesiano de que la mente y el cuerpo son entidades separadas, por lo que deben ser analizadas, apreciadas, diagnosticadas y tratadas de manera aislada. Los médicos están entrenados para tratar el cuerpo y los psicólogos la mente. No hay ninguna duda de que el punto de vista Cartesiano domina en la sociedad actual. Sin embargo, tampoco podemos negar que las experiencias biológicas, sociales y psicológicas, interactúan y se influyen una a la otra de formas muy complejas.

Argumentos como los anteriores, permitieron el reconocimiento de esta realidad, de tal manera, que actualmente muchos psicólogos y médicos trabajan con esta aproximación, asumiendo que todos los problemas humanos son problemas del sistema biopsicosocial; cada problema biológico tiene consecuencias psicosociales y cada problema psicosocial puede tener su correlato biológico. Los médicos pueden enfocarse en la parte biológica del problema, y los psicólogos enfocarse en los aspectos psicosociales y en la interacción de los sistemas biológicos y psicosociales, de manera que los psicólogos y médicos *juntos* pueden implementar esta aproximación a un amplio rango de dificultades relacionadas a la salud y la enfermedad ( Mc. Daniel, 1995). En este punto, podemos revisar de manera somera

los elementos del modelo biopsicosocial, esto es importante ya que la PP tiene como fin el apoyarse totalmente en este esquema de trabajo.

#### El papel de los factores biológicos

Este término incluye los materiales y procesos genéticos por los cuales se heredan características de los padres. También incluye aspectos del funcionamiento fisiológico de la persona, de todo el sistema físico, los órganos, huesos, nervios y los tejidos que están constituidos por células, moléculas y átomos. El funcionamiento saludable y eficiente de estos sistemas depende de la forma en que operen e interactúen estos componentes.

#### El papel de los factores psicológicos

Los procesos conductuales son el interés de la psicología, e involucran a la emoción, la cognición, la motivación, entre muchos otros aspectos del comportamiento. Estos procesos pueden ser analizados desde distintas perspectivas de acuerdo a las necesidades que aparezcan dentro de la PP.

#### El papel de los factores sociales

Este aspecto es muy importante dado que las personas viven en un mundo social. Conforme se interactúa con las personas, las afectamos o nos afectan. Sin embargo, el mundo social es más que las personas que nos rodean, es un ambiente que afecta la salud de los individuos y que promueve valores que pueden dañar o mejorar la salud y la enfermedad. Los niños aprenden muchas conductas relacionadas a la salud, actitudes y creencias. La influencia de la comunidad y la sociedad aumenta continuamente conforme el niño va creciendo (Engel, 1980).

El papel de los factores biológicos, psicológicos y sociales en la salud y la enfermedad no es difícil de ver, lo que es más difícil de comprender es como la salud es afectada por la interrelación de estos componentes de acuerdo a la proposición del modelo citado. Esta aproximación, es a veces llamada *holística*, que quiere decir "total"; El mismo autor, propone el concepto de *sistema* para

referirse a una entidad dinámica que consiste en componentes que están continuamente interrelacionados. Para él, el cuerpo califica como un sistema que incluye al sistema nervioso e inmunológico. La familia también es un sistema, así como la comunidad. Todos estos sistemas están cambiando constantemente y tienen componentes que se interrelacionan a través de intercambio de energía, de sustancias y de información.

Por otro lado, la PP de manera más particular, considera que los diferentes sistemas biopsicosociales cambian con el desarrollo; el sistema biológico cambia de muchas maneras, el cuerpo crece, se fortalece en tamaño y fuerza hasta la edad media en que declina; el sistema psicológico también tiene cambios como en las habilidades y el conocimiento del niño, así, antes de que puedan ser responsables de su salud, necesitan comprender como puede ser afectada por su conducta. Conforme van creciendo, mejoran sus habilidades de comprensión acerca de las implicaciones de su enfermedad o del mantenimiento de su salud (Maddux, Roberts, Sledden & Wright, 1986).

Por otra parte, y siempre considerando al modelo mencionado, la PP también se apoya y se relaciona con otros campos teóricos ya que el conocimiento en la psicología de la salud en general y específicamente en la especialidad que nos interesa, se enriquece enormemente con la información de muchas otras disciplinas, incluyendo algunas dentro de la misma *psicología*, tales como las áreas clínica y social; *medicina*, incluyendo psiquiatría y pediatría; y *campos aliados*, como enfermería, nutrición, farmacología, biología y trabajo social. Otros cuatro campos son especialmente importantes ya que dan información y un contexto a la PP:

La *epidemiología* es considerada como el estudio científico de la distribución y frecuencia de las enfermedades. Los investigadores en este campo determinan la ocurrencia de la enfermedad y organizan los datos en términos del momento en que ocurre el daño, dónde, a que edad, como se adquiere, etc. Se intenta descubrir

porqué una enfermedad específica se distribuye como lo hace, por ejemplo: se ha descubierto que el cáncer está relacionado a altos niveles de sustancias tóxicas en el ambiente.

La *salud pública* que es un campo relacionado con la protección, mantenimiento y mejora de la salud a través del esfuerzo organizado de la comunidad y el gobierno, se establecen programas de inmunización, saneamiento, educación en salud y prevención. Este campo estudia la salud y la enfermedad en el contexto del sistema social imperante.

La *sociología*, la ciencia de la vida social humana. Estudia grupos y comunidades para evaluar el impacto de los factores sociales, crecimiento de la población, epidemias e instituciones. La *sociología médica* es un subcampo de la sociología que estudia un rango muy amplio de factores relacionados a la salud, incluyendo el impacto de las relaciones sociales sobre la distribución de la enfermedad, las relaciones culturales y sociales de la enfermedad, factores socioeconómicos del uso del sistema de salud y la forma en que el servicio del hospital y la práctica médica se organizan.

El cuarto campo, la *antropología*, incluye el estudio de las culturas humanas. Su subcampo, la *antropología médica*, examina las diferencias en la salud y la enfermedad a través de las culturas, nos da un punto de vista universal de los factores médicos y nos permite ver las diferentes maneras en que se puede interpretar la enfermedad (Adler & Stone, 1979).

Estos campos relacionados nos proporcionan una información combinada y nos describen el sistema social en el cual la salud, la enfermedad y las personas existen y se desarrollan.

Así, la filosofía que subyace a esta área de la Psicología de la Salud, es que el servicio psicológico debe enfocarse donde se presenten los problemas, esto es, en los escenarios médicos y no en centros psiquiátricos y mentales. Considerada

entonces como una entidad distinta de la psicología general, la PP debe comprender varias características a manera de definición:

- a) Un escenario médico para la práctica clínica
- b) Una población comprendida entre el nacimiento y los 13 años (este rango puede oscilar hasta los 16 años)
- c) Un mecanismo referido médicamente y fuente de pacientes
- d) Un énfasis en la práctica clínica involucrando una apreciación del proceso de desarrollo.
- e) Un modelo de consulta al médico, padres y a la vez el tratamiento y/o entrenamiento a los padres de los niños.
- f) Una orientación práctica de las técnicas de tratamiento que son efectivas y eficientes en cuanto a tiempo y económicas (Roberts, 1982).

Históricamente, el papel del psicólogo en los hospitales era de elaboración de psicodiagnósticos y aplicación de pruebas por órdenes del médico, siempre había sido percibido como un profesionalista sin grandes aplicaciones en el sector salud. Sin embargo, y gracias al desarrollo ya mencionado, las funciones de este profesionalista son determinadas por su propia habilidad y por las demandas de servicio de la institución médica. El psicólogo pediátrico da servicio de consulta al pediatra, entrena personal médico, enfatiza los aspectos psicológicos de los problemas físicos y trabaja con los parientes y el infante. El entrenamiento para este especialista no había existido hasta recientemente aunque no podemos decir que se haya formalizado en todas partes del mundo, sus habilidades y procedimientos son a menudo adquiridos a través de la experiencia en los escenarios en los que se encuentra, esto es reportado, por la *American Psychological Association* en 1968 y por el *Journal of Pediatric Psychology* fundado en 1976 en donde se presentan los desarrollos dentro de la PP y la Psicología de la salud y campos relacionados, los

cuales han permitido una enorme evolución en el trabajo del psicólogo en el campo de la salud infantil (Takanishi , De Leon & Pallak, 1984).

Así, la competencia está directamente relacionada con el grado de entrenamiento el cual se ha incrementado en los últimos diez años, de tal manera que el rango de servicios abarca aspectos que sólo los psicólogos son capaces de realizar, la evaluación de la personalidad basada en procedimientos psicológicos objetivos que pueden revelar la habilidad del paciente para afrontar situaciones emocionales, el énfasis de como el estilo de vida afecta el funcionamiento diario y la ayuda al control de la conducta del paciente para formar la base del tipo de intervención (Enright, Resnick, DeLeon, Sciara & Tanney, 1990). Se encuentra entonces que la práctica en los hospitales se ha fortalecido en ésta última década ; aunque anteriormente algunos estudiantes habían tenido ciertas experiencias en el escenario médico, es hasta recientemente que se han explorado las posibilidades de llevar el conocimiento psicológico como tratamiento integral a un paciente de hospital, en estos momentos el psicólogo no se conforma con asumir el papel de técnico, por lo que ésta presión se ha convertido en un reto tanto interno como externo de la psicología, es por esto, que se han desarrollado subespecialidades psicológicas como la psicología pediátrica, que es la que nos ocupa, la neuropsicofisiología, etcétera. Esta evolución ha causado que la psicología se reevalúe en términos de sus roles tradicionales, expectativas y limitaciones (Enright, Welch, Newman & Perry, 1990).

Todo esto ha generado el establecimiento de modelos de trabajo entre el psicólogo y los médicos. Pace, Chaney, Mullins & Olson, (1995) proponen dos aproximaciones meta-teóricas para caracterizar la consulta psicológica en estos nuevos escenarios: a) *la aproximación orientada al problema* que se apoya exclusivamente en la evaluación y tratamiento psicológico del paciente y b) *la aproximación orientada al proceso* que enfatiza la utilidad del psicólogo en

colaboración con el médico, lo que permite una comprensión integrada del contexto biopsicosocial del paciente. En el primer caso, los autores reportan que la mayoría de los psicólogos que trabajan en servicios de consulta en este medio, encuentran a esta estrategia como inadecuada para capturar la amplitud de los problemas que se encuentran en el sistema para el cuidado de la salud, por lo que se inclinan al segundo punto al considerar que esta aproximación facilita el desarrollo de la colaboración, el ejercicio de un rol más flexible y permite que el profesionalista asuma una meta-posición desde la cual operar los procesos del sistema.

De esta manera, podemos notar que el trabajo aportado en los escenarios médicos ilustra el porqué de la inserción de la psicología en este medio y consecuentemente la aparición de la PP, este trabajo a su vez ha guiado la investigación de la que han surgido modelos conceptuales que han modificado el rol profesional, es por esto, que la habilidad de los psicólogos para mantener su integridad y capacidad, dependerá del desarrollo de modelos realistas de colaboración multidisciplinaria.



 CAPITULO 2

---

**ASPECTOS TEORICOS Y METODOLOGICOS DE LA PSICOLOGIA PEDIATRICA.*****1. Marcos teóricos más comunes.***

Como un campo, la psicología de la salud y por ende la PP han hecho contribuciones substanciales para la comprensión y el entendimiento de un amplio rango de factores que determinan la salud y la enfermedad. Mucho del trabajo realizado se ha involucrado en el uso de esquemas conceptuales y teóricos que permitan dilucidar la forma en que aparecen las conductas relacionadas con la enfermedad o la salud, el papel del estrés al afectar la conducta, la representación que elaboran los pacientes de salud y enfermedad y las maneras en que se enfrentan y se ajustan a las mismas. Así mismo, los modelos teóricos utilizados han sugerido nuevas direcciones para la investigación y la intervención de esta práctica (Taylor, 1990).

Sin embargo, algunos autores (Stone, 1979; y Takanishi, DeLeon y Pallak, 1984) consideran que no existen teorías psicológicas específicas a la PP y que probablemente no sea posible o incluso deseable que se cree una teoría en este momento, más bien sugieren que en base al trabajo mostrado en los últimos veinte

años, se anclan varias teorías en distintos segmentos del sistema y para casos específicos. Los mismos autores argumentan que se pueden considerar a cinco dominios teóricos como útiles para esta área, dentro de cada uno de estos dominios hay teorías específicas que pueden diferir en sus aproximaciones y afirmaciones básicas:

*1. Teoría de la adaptación.* Es representada por la teoría general de sistemas de Von Bertalanffy, en 1968 y citado por Schwartz, (1982) quien la presenta como una teoría que se inicia del estudio de los mecanismos adaptativos fisiológicos del cuerpo y cómo éstos responden a los daños físicos o químicos, se apoya básicamente en un mecanismo fisiológico de equilibrio o de homeostásis. El autor la menciona como un aspecto importante aunque no básico para el manejo experto del psicólogo de la salud.

*2. Teoría del afrontamiento.* Estudia la forma en que el individuo responde al daño a través de patrones de conducta complejos, aprendidos y modulados socialmente, analiza la forma en que se da el proceso cognitivo al responder a ciertos eventos. Las teorías cognitivas y las cognitivas- conductuales son las más empleadas en este punto (Peterson, 1989). La importancia de esta teoría consiste en la sugerencia de que el concepto de enfermedad en los niños evoluciona en una secuencia sistemática y predecible e incluso algunos autores como Burbach & Peterson, (1986) consideran que esta secuencia es consistente con la teoría del desarrollo cognitivo de Piaget y que el concepto de enfermedad en el niño puede influir en su propia salud o enfermedad, de tal manera que es importante conocer el nivel de desarrollo cognitivo al considerar cualquier intervención. Dentro de la psicología clínica de la salud se maneja la ansiedad y el estrés producidos por la enfermedad. Un factor relacionado, es que los efectos corporales del proceso de afrontamiento, tienen que ver con la teoría psicósomática. Casi cualquier tipo de conducta puede utilizarse en el curso del afrontamiento, uno de los desacuerdos dentro de este campo tiene que

ver con la cuestión de si la conducta defensiva que no reduce la amenaza real y solo alerta al sujeto, debe ser llamada afrontamiento. Stone, (1979) menciona dos aproximaciones; una que usa la etiqueta de afrontamiento relacionada con el impacto emocional de alguna amenaza y cómo contribuye este impacto a la formación de un proceso conductual, y si la conducta está dirigida hacia la obtención de estados emocionales y fisiológicos de alivio en un rango aceptable. La otra aproximación, que el autor llama conducta de la salud, se enfoca en los factores que influyen en la elección de alternativas para lidiar con el daño, el miedo y las lesiones. Señala como autores importantes a Cartwright, Cohen y Lazarus, Haan y Mendelsohn. De acuerdo al autor, los dominios de la teoría no han sido totalmente diferenciados ya que se tiende más al fenómeno que a los conceptos explicatorios, se interesan en el impacto que produce el daño y las respuestas a esos impactos. Posteriormente Peterson, Harbeck, Chaney, Farmer y Thomas, (1990) proponen un modelo de afrontamiento específico a los niños considerando el nivel de desarrollo, argumentando que éste determina las habilidades para responder al daño, conforma imágenes mentales y permite la reestructuración y recuperación emocional y fisiológica.

*3. Teoría psicosomática.* Estudia la interacción entre los estresores biológicos, procesos simbólicos y las reacciones del cuerpo. En sus primeros años de desarrollo se realizaron pocos esfuerzos para comprender los detalles biológicos del fenómeno, aunque recientemente se han acercado a la teoría de la adaptación ya mencionada, mucho de su información se encuentra en los escritos de la medicina psicosomática. Este campo fue dominado por los psicoanalistas quienes intentaban comprender los síntomas corporales en términos de los conflictos psíquicos. Un representante importante en esta línea de acuerdo a Groger, (1986) es Josef Karl Friedjung quien fue el pionero en la aplicación del conocimiento psicoanalítico a la medicina pediátrica, las áreas de trabajo que se incluyeron fueron: histeria infantil,

neurosis infantil y desarrollo psicosexual. La contribución de los psicólogos en esta área es indudablemente mayor que la de los médicos con orientación psicoanalítica, ya que se incluyen estudios de las características de la personalidad en relación a diferentes problemas de salud. Así, esta teoría ha evolucionado a un nivel más comprensivo. En la formulación de Lipowski, (1976) citado en Stone, (1979) se sostiene que los estresores ambientales llevan a un estado emocional a través de la mediación cognitiva, la cual es individual y particular a la cultura, familia y al aprendizaje idiosincrático de la persona. Los estados emocionales determinan los patrones de ayuda fisiológica que sirven como fuentes de información y que tienen un impacto etiológico en la patogénesis. La enfermedad y su tratamiento son los estresores mismos, de tal manera que ambos mantienen la salud y el curso de la enfermedad en un interjuego dinámico entre los sistemas ambientales, sociales, cognitivos y fisiológicos.

*4. Teoría humanística.* Considerada como la "tercera fuerza" por Maslow (citado en Crain & Crain, 1987), se enfoca en la forma en que los individuos desarrollan personalidades sanas y los medios que emplean para alcanzar esta meta. También se interesa en cómo el sujeto se hace consciente de y puede comunicar sus emociones, encontrando que lo que es la vida de una persona es lo que esa persona percibe de acuerdo a su punto de vista, por otro lado, proclama la libertad de elección y la búsqueda del potencial más alto de un individuo. En el caso que nos interesa, esta teoría se emplea como una aproximación a la psicoterapia en donde el paciente es una parte consciente y activa con el terapeuta al determinar el curso del tratamiento. Aquí, el terapeuta tiene que aprender a tener un sentido preconceptual y directo de cómo el paciente se está sintiendo a través de la interacción personal, aparte de sus propias habilidades conceptuales. Generalmente se utilizan sesiones de grupo, aunque se ha incrementado el trabajo con pacientes individuales. La terapia

tiene como propósito el ayudar al sujeto a reconocer sus recursos internos, buscar alternativas y formular metas; también se emplea el juego de roles. Actualmente los estudios están centrados en la importancia de la empatía entre el terapeuta y paciente y en la efectividad de varios modos de tratamiento. (Crain & Crain, 1987)

*5. Teoría de la salud conductual.* Se refiere a la conducta molar que es guiada para propósitos de salud o reforzada por hallazgos de la salud. En este apartado encontramos los trabajos sobre condicionamiento clásico y la teoría del aprendizaje como determinantes que contribuyen al análisis de la conducta. A principios de los setenta, se encontró este campo como factible para estudiar el papel de la psicología en la enfermedad y la salud. Este campo creció dentro de la perspectiva en psicología llamada conductismo, el cual propone que la conducta resulta de dos tipos de aprendizaje: El condicionamiento clásico en donde un estímulo condicionado evoca una respuesta a través de la asociación con otro estímulo llamado incondicionado que ya evocaba la respuesta y el condicionamiento operante en donde la conducta es modificada por sus consecuencias a través de una recompensa o un castigo. Los métodos de condicionamiento han mostrado un buen éxito en las aproximaciones terapéuticas para modificar los problemas de conducta. Para este tiempo, los psicofisiólogos habían demostrado que los eventos psicológicos - particularmente las emociones - influyen en las funciones corporales, como por ejemplo, la presión sanguínea y que también era factible hasta cierta medida que las personas controlaran varios sistemas fisiológicos. Estos hallazgos revelan que la "relación entre mente y cuerpo" es más directa y persuasiva que lo que se había pensado. Rápidamente se empezó a utilizar una técnica terapéutica llamada retroalimentación, donde el proceso fisiológico de una persona es monitoreado por ella misma. Posteriormente se encontró que las técnicas de condicionamiento podían aportar una valiosa ayuda en los escenarios médicos. A partir de estos hallazgos, surge un campo llamado *Medicina Conductual*, el cual

crece dentro de esta perspectiva conductista y con sus mismas características y métodos de trabajo (Stone, 1979).

La siguiente teoría, no está considerada dentro de los cinco dominios teóricos mencionados, sin embargo, se debe tomar en cuenta como indispensable para comprender el trabajo de la PP.

*Teoría del desarrollo.* Por otro lado, es importante considerar a la teoría del desarrollo la cual es básica y particular a la PP ya que se debe establecer de manera firme y consistente cuales son los factores del desarrollo que tienen relación con la salud infantil. Maddux, Roberts, Sledden y Wright, (1986) proponen que la aproximación del desarrollo (independientemente del nivel teórico) debe comprender dos elementos principales : a) una orientación hacia el futuro en la que la intervención temprana es importante para la mejora del estado de salud, b) el análisis de cada fase de desarrollo para que se de atención a los problemas evidentes y particulares a cada periodo. De manera general se pueden considerar varios periodos relacionados a la edad, (prenatal, neonatal, primera infancia, etcetera.) sin embargo, se reconoce que la edad y el desarrollo no son sinónimos y por lo tanto esta división solo sirve para ilustrar la importancia de asumir una orientación del desarrollo para comprender las necesidades y las características de la PP que necesitan los niños. Maddux et al, proponen tres aspectos para analizar el desarrollo infantil; motor , cognitivo y psicosocial, los autores no proponen una teoría del desarrollo infantil sino un esquema de trabajo para examinar las relaciones entre desarrollo y conducta de la salud. Los cambios en las habilidades motoras afectan la interacción con el ambiente físico y lo influyen para evitar o no daños que provengan del medio. La información acerca del desarrollo motor puede ayudar a determinar los puntos en donde ocurren ciertos problemas y los puntos en donde se necesitan servicios a edades de alto riesgo o grupos de niños. Consideran que, en la PP se ha reconocido la importancia del aspecto motor en la prevención de

accidentes como "guía anticipatoria" donde las características conductuales de los niños a diferentes edades deben ser analizadas con los padres. También, la influencia del desarrollo cognitivo es importante y se puede dar de dos maneras. Primero, el crecimiento lleva al niño hacia una mayor habilidad para realizar conductas más "seguras" que le permitan asumir la responsabilidad para prevenir problemas y promover la salud y la seguridad. Segundo, el desarrollo cognitivo influye en las respuestas psicológicas y conductuales a la enfermedad y al tratamiento. Los cambios en la concepción de la salud y la enfermedad que ocurren durante el crecimiento infantil, contribuyen a incrementar el sentido de autonomía y control personal y así, mejora su propio cuidado. Los niños se percatan de que su salud es vulnerable a fuerzas externas y ayudan al mantenimiento de su propia salud. Los autores utilizan el término desarrollo psicosocial para referirse a cambios en las relaciones del niño con otras personas, particularmente a su habilidad para funcionar como un individuo autónomo, el desarrollo psicosocial influye en las conductas relacionadas a la promoción de la salud y su prevención.

De acuerdo a Matarazzo, (1982) fortalecer la importancia de la responsabilidad individual en la aplicación del conocimiento conductual y biomédico y las técnicas de mantenimiento de la salud y la prevención es una tarea primaria del psicólogo de la salud. La aplicación de esto es difícil porque la responsabilidad para la salud de un niño, recae más en los padres que en el niño mismo, por lo tanto, la responsabilidad individual debe enfrentarse desde dos puntos, con el adulto y con el niño. Según Maddux et al, (1986) este es el mayor reto de la PP y proponen que una perspectiva del desarrollo permitirá tomar el reto.

## ***2. Métodos de investigación.***

Por otro lado, el análisis de las variables que son importantes para el estudio de la PP involucra el uso de métodos de investigación tanto experimental como no-experimental. A menudo la investigación se planea y dirige para evaluar una teoría o para obtener una explicación tentativa del por qué y cómo ocurre cierto fenómeno; como vimos en el apartado anterior, las teorías tienen un papel extremadamente importante a causa de las predicciones que pueden dar y también por guiar los programas de investigación sugiriendo el tipo de relaciones a estudiar. Así, nos encontramos que los investigadores que trabajan con la salud-enfermedad, utilizan una variedad de métodos tanto experimentales como no-experimentales.

Revisaremos de manera general algunos de los métodos que son específicos y más comunmente utilizados en esta área de trabajo, cabe aclarar que se presentarán sólo aquellos que son particulares a la psicología de la salud y a la PP y no todos los que comprende la psicología en general o la psicología clínica en específico, así mismo, se ejemplificará la forma en que son utilizados en esta área de trabajo, que dadas sus características, emplea una metodología más ad hoc a los escenarios en donde se desarrolla:

### ***Estudios experimentales***

Un experimento es un estudio controlado en donde el investigador manipula una variable para estudiar sus efectos sobre otra variable. La variable manipulada es llamada independiente a causa de que es variada directa e independientemente de las variables que no están siendo estudiadas en el experimento. La otra variable es llamada dependiente porque su valor es dependiente de los valores manipulados de

la independiente. En un experimento bien diseñado - el cual a menudo es llamado ensayo en la investigación en la PP - otras variables son controladas o permanecen constantes. Para ejemplificar el método experimental, se puede ver como los investigadores evalúan la teoría del colesterol y el desorden cardiaco. Una predicción o *hipótesis* de la teoría, es que la incidencia del problema cardiaco debe decrementar si los niveles de colesterol en sangre fueran bajos. Se puede evaluar esta hipótesis bajando los niveles de colesterol de un grupo de sujetos y observar si tienen pocos ataques cardiacos en un periodo determinado. Lo que se tiene que hacer es seleccionar una muestra de sujetos - de edad media - ya que supuestamente tienen un riesgo más alto de problemas del corazón - y se asignan al azar a las condiciones o grupos del experimento. Por otro lado, para evaluar la hipótesis se necesitan dos grupos de sujetos, uno que recibe el tratamiento experimental (grupo experimental), por ejemplo, píldoras anticolésterol y otro que no recibe el tratamiento (grupo control). Al administrar el fármaco y bajar el nivel de un grupo, pero no en el otro, se está manipulando la variable independiente, entonces se puede observar la incidencia de ataques como variable dependiente en ambos grupos. Sin embargo, puede ser posible que la no aparición de un ataque no sea efecto de la droga per se sino por cualquier otra condición. Para controlar esta posibilidad se puede obtener un tercer grupo el cual reciba una sustancia inactiva o inerte llamada *placebo*, a este grupo se le dan las mismas instrucciones que a los otros grupos para tener las mismas expectativas acerca de la efectividad del fármaco. En este punto, se necesita otro procedimiento control; así como los sujetos no deben saber lo que contiene la droga, la persona que la distribuye tampoco debe saberlo ya que inadvertidamente puede enfatizar las instrucciones al grupo experimental o suavizar las del grupo control o del grupo placebo. Esto es llamado un procedimiento de *doble-ciego*. Si se observa que los sujetos experimentales presentan menos ataques cardiacos en relación a los otros grupos, se puede concluir que la droga reduce los

niveles de colesterol en sangre y por ende se decrecientan los problemas cardiacos, tal como lo predice la teoría. Dado que los investigadores manipulan la variable independiente mientras que controlan las variables que no están siendo estudiadas, es posible determinar qué es lo que las causa (Critelli & Newman, 1984). Este es el tipo de estudio que se desea obtener para hablar de una investigación seria. Sin embargo, en ocasiones es necesario realizar trabajos que empleen los métodos no-experimentales, los cuales no manipulan una variable independiente y no permiten la medición y el control preciso de la misma, pero que se requieren para señalar las relaciones entre variables, a pesar de los problemas que pueden implicar su uso, pueden ser valiosos y tener algunas ventajas. En algunas ocasiones no es posible asignar sujetos y manipular variables de interés como puede ser el estilo de vida de los sujetos u obligarlos a realizar cosas que comúnmente no hacen. Así, en muchos casos el proyecto de investigación requiere tan solo de una asociación entre variables, es por esto que la PP se apoya frecuentemente en este tipo de método de investigación llamada no-experimental y que será revisada en el siguiente punto.

### ***Estudios no-experimentales***

#### ***Estudios correlacionales.***

El término correlación se refiere a la relación que existe entre variables - cambios en una variable que corresponden a los cambios en otra variable- por ejemplo, una vez que se conoce la tasa cardiaca y la cantidad de colesterol de los sujetos, se puede evaluar el grado en el cual estas variables están relacionadas. Esto es expresado estadísticamente como un *coeficiente de correlación*, cuyo rango puede ir de + 1.00 a través de .00 a - 1.00. Los signos del coeficiente indican la dirección de la relación. El + significa que la asociación es positiva: altos porcentajes en una variable indican que la tasa cardiaca tiende a estar asociada con altos porcentajes de otra variable como puede ser la presión sanguínea. Inversamente, el signo - nos dice que la asociación es negativa: porcentajes altos en

una variable pueden estar asociados con bajos porcentajes de otra variable. Considerando el signo del coeficiente de correlación, el valor absoluto del coeficiente indica la fuerza de la asociación entre variables. Siendo el valor absoluto más alto (esto es, el más cercano a + 1.0 o - 1.0), entonces la correlación es más fuerte. Conforme decrece el valor absoluto, la fuerza de la relación declina. Así, un coeficiente aproximado de .00 quiere decir que las variables no están relacionadas. De esta información, podemos derivar una definición: los estudios correlacionales son investigaciones no-experimentales del grado y dirección de la asociación estadística entre dos variables. (Guyton, 1985)

En realidad podemos decir que estos estudios no son adecuados para determinar las relaciones causa efecto, pero son útiles para examinar las relaciones existentes y las variables que no pueden ser manipuladas, desarrollando hipótesis que puedan ser examinadas experimentalmente, y generar información que sea predictiva. En esta área se utilizan estos estudios en casos como el análisis de los factores de riesgo en una población y aportan datos valiosos para investigación.

#### *Estudios cuasi experimentales*

Algunos investigadores realizan estudios no-experimentales seleccionando para su evaluación una variable existente, usándola para categorizar a los sujetos dentro de uno, dos o más grupos, tal como femenino o masculino. Estos estudios parecen experimentos porque tienen grupos separados de sujetos, pero en realidad no lo son: en este ejemplo, la variable que define a los grupos no es manipulada y los sujetos no pueden ser asignados al azar a estos grupos. Siguiendo el ejemplo del punto anterior, podemos relacionar los niveles de colesterol con los desórdenes cardiacos: podemos ver el nivel de colesterol de los sujetos en el momento de un ataque y asociarlo con la severidad del mismo. Para este ejemplo, se puede consultar el registro médico de los pacientes y categorizarlos como de nivel alto o bajo de colesterol y así determinar si el ataque de un grupo fue más severo que en el otro

grupo. Si se encuentra que los pacientes de nivel alto tuvieron ataques más fuertes ¿ se podrá concluir que un colesterol alto en la sangre es la causa de un ataque más fuerte ? No, ya que no se puede decir cual fue la causa con toda seguridad. En general, las conclusiones de los estudios cuasi experimentales son básicamente correlacionales. La relación que dan no se convierte en causal sólo por la categorización de los sujetos. Existen otras variaciones de este método, se verán algunas de las más importantes como las aproximaciones retrospectivas y prospectivas (Sarafino, 1994).

La aproximación *retrospectiva* usa procedimientos que revisan la historia de los sujetos, el propósito de esta aproximación es encontrar lo que es común en la historia de las personas que pueda sugerir el por qué del desarrollo de algún desorden. En este tipo de estudio se puede identificar a dos grupos de individuos: un grupo de sujetos que ya han desarrollado una enfermedad en particular, como por ejemplo, un problema cardíaco. Este grupo debe ser comparado con uno control, en donde no se encuentre el problema. Entonces se examinan los dos grupos por las características de las historias que son comunes al grupo, pero no al otro. Se puede encontrar, que los sujetos con problema han consumido dietas con alto colesterol durante 10 años, mientras que el control no muestra tal característica. Aunque esta aproximación es relativamente fácil de implementar, tiene un inconveniente: cuando los procedimientos se apoyan en la memoria de los sujetos, sobre todo de hechos pasados, se incrementa la posibilidad de error.

La aproximación *prospectiva* usa procedimientos para observar hacia el "futuro" en la vida de las personas, estudiando a los sujetos repetidamente sobre un periodo especificado. Generalmente se usa esta aproximación para ver si algunas características o eventos en la vida cotidiana pueden ser asociados con el desarrollo de uno o más desórdenes o enfermedades. En este tipo de estudios, se comienza examinando a un grupo grande, por ejemplo, de 2,000 sujetos que no presentan

problemas cardiacos. Periódicamente, se les entrevista y se revisa su expediente médico, la entrevista en este caso enfatizaría eventos tales como la ingestión de grasas, lo que permitiría categorizar a los sujetos en el caso de tener o no un ataque cardiaco y así, determinar si estos grupos difieren en algún aspecto de sus vidas. En este caso se puede encontrar que, comparados con los que no tuvieron un ataque cardiaco, los que tuvieron una dieta inadecuada pueden presentar mayor incidencia de ataques, etcétera. Sin embargo, no se puede tener la certeza de que las dietas altas en colesterol son la causa del desorden cardiaco. Aún así, este método muestra una mayor plausibilidad de relación causal que la aproximación retrospectiva. Estos estudios han sido desarrollados y muy utilizados por los epidemiólogos para identificar factores de riesgo en enfermedades específicas. (Sarafino, 1994)

#### *Estudios del desarrollo*

Una aproximación que es esencial para estudiar el desarrollo de las expectativas de vida consiste en examinar y comparar a los sujetos en diferentes edades. Por supuesto que la edad de los sujetos no puede ser manipulada, más bien, se asignan los individuos a grupos basados en la edad y no se hace al azar. Dado que esta aproximación es cuasi experimental, la edad por sí misma no puede ser vista como causa de salud o enfermedad. Existen dos estudios básicos para la variable edad, el estudio cross-seccional en donde individuos de diferentes edades son observados a través del tiempo y el longitudinal que implica la observación repetida de los mismos individuos sobre un periodo prolongado, este último es un método prospectivo, pero se enfoca específicamente en la edad como variable. Otro estudio utilizado en esta área de trabajo es el llamado *efecto cohorte* y se refiere a un grupo de individuos que tienen en común a factores demográficos tales como la edad o la clase social. Como resultado muestran un cúmulo de experiencias que son distintas de otros grupos, el término cohorte es similar al de *generación*, aunque el paso del tiempo que separa a estas cohortes, puede ser mucho más corto que el que separa a

una generación. En este caso, se pueden combinar las aproximaciones del desarrollo ya mencionadas (longitudinal y cross seccional). Realizar estos estudios de manera sistemática puede dar información importante y son considerados como básicos en el trabajo en psicología de la salud y la PP. (Buss, 1973)

#### *Estudios de N=1*

Algunos estudios se hacen con solo un sujeto, esta investigación es el *estudio de caso*, en donde un investigador entrenado construye una biografía sistemática de los registros de la historia de una persona, de las entrevistas y de la observación directa. Esta investigación es útil en la descripción, desarrollo y tratamiento de un problema médico o psicológico. De este tipo de estudio se deriva el diseño N=1 que a menudo se emplea para demostrar la utilidad de un nuevo método de tratamiento. Se esboza la condición inicial del paciente, se planea el tipo de tratamiento y se lleva a cabo, también se realiza una comparación de la condición del sujeto al principio y al fin de la terapia y se hace una evaluación de seguimiento durante meses o incluso años para ver la evolución del paciente en relación al tratamiento. La desventaja de este procedimiento es que la información obtenida, no detalla ni describe su relación con otros individuos. Sin embargo, este es el procedimiento más utilizado en la PP ya que el objetivo primordial es la solución de casos inmediatos. Pero considerando el aspecto de la investigación, estos trabajos no permiten coleccionar información que pueda ser generalizada a la población. Aún así, esta aproximación estimula el desarrollo de nuevos procedimientos de tratamiento y sugiere tópicos de investigación. Actualmente, la mayoría de los trabajos en la PP se abocan a este procedimiento en la espera de acumular datos que permitan la elaboración de una generalización. (Sarafino, 1994). En relación a esto, podemos considerar el argumento de Silva, (1992) quien utiliza el término de validez ecológica que "se refiere a la medida en que las situaciones comparadas en el experimento sean representativas del conjunto de situaciones a las que un investigador espera

generalizar ", de tal manera que, " es importante conocer el grado en que las intervenciones pueden generalizarse a condiciones medioambientales que difieren de las empleadas en la investigación ".

#### *Investigación en Genética*

Estos métodos están basados en la distinción entre gemelos *monocigóticos* o idénticos, los cuales tienen la misma herencia genética y los gemelos *dicigóticos*, o fraternos los cuales fueron fertilizados por espermias separados. Mucha de la investigación sobre los factores hereditarios se ha enfocado en las diferencias de las características mostradas en ambos tipos de gemelos. La razón para hacer estas comparaciones, aunque estadísticamente complejas, es lógicamente simple en la PP; a causa de que un par de individuos monocigóticos son genéticamente idénticos, se puede asumir que las diferencias entre ellos son determinadas ambientalmente. Por otro lado, las semejanzas pueden ser debidas a influencias genéticas. Las diferencias entre los dicigóticos, son debidas tanto a los factores genéticos como ambientales, aún cuando sean del mismo sexo. Otra manera de examinar las influencias hereditarias es estudiar a los niños adoptados en sus primeros años, estos *estudios de adopción* comparan a los niños con los de padres naturales. ¿Por qué? Los padres adoptivos contribuyen en gran medida en la crianza ambiental, aún cuando no estén genéticamente relacionados a los niños, por otro lado, los padres naturales que están genéticamente relacionados no juegan ningún papel en la crianza de los infantes. Así, si los niños adoptados son más similares a sus padres adoptivos o naturales, se puede decir que es por las influencias genéticas o por las ambientales. (Sarafino, 1994)

Hemos revisado una variedad de métodos de investigación que son considerados como útiles en la PP, ¿cual es el mejor?, algunos investigadores pueden decir que el experimento es el mejor ya que cubre relaciones de causa-efecto, aunque otros argumentan que el control preciso y la manipulación no siempre producen

resultados que ayuden a entender la conducta en la vida real. La investigación en la PP considera que los métodos de investigación revisados son los “mejores”, ya que el investigador debe seleccionar el que mejor se adapte a las preguntas específicas de cada estudio, sobre todo considerando las condiciones, escenarios y sujetos en los que se puede desarrollar este tipo de trabajos, los cuales pueden ser muy variados y cambiantes.

Como se puede observar, se encuentran varias posibilidades en cuanto al esquema teórico y de investigación que puede seleccionar el psicólogo, esto puede hacer difícil establecer una estrategia de intervención que pudiera servir como ejemplo único para todos los casos particulares, sin embargo, se pueden tomar en cuenta algunas recomendaciones sugeridas por Belar, Deardoff & Kelly, (1978): Inicialmente se deben considerar los recursos disponibles y elaborar un plan que puede partir de uno o varios niveles teóricos; el biológico, que se dirige a obtener cambios en las respuestas fisiológicas, el afectivo, que se enfoca a los estados emocionales, el cognitivo, que involucra cambios en la manera en que un paciente conceptualiza un problema, y el conductual, que incluye cambios en la conducta manifiesta y que involucra el uso de principios de la teoría del aprendizaje.

### ***3. Estrategias de evaluación en PP***

La evaluación en psicología ha tenido tradicionalmente dos propósitos principales: La identificación y el tratamiento de los desordenes psicológicos. En el caso de la psicología de la salud y por ende en la PP, la evaluación debe integrar dos aspectos; la mente del paciente y el cuerpo del paciente, lo biológico y lo psicológico, esta integración se realiza a menudo en la ausencia de un modelo

conceptual adecuado, pero a pesar de esto no se debe excluir ninguno de los aspectos considerados. Así, la tarea del psicólogo debe ser evaluar las interacciones entre la persona, la enfermedad y el ambiente del sujeto para poder formular un diagnóstico o estrategia de tratamiento. Cabe recordar que el especialista de esta área debe trabajar desde una perspectiva biopsicosocial de la salud y la enfermedad y por lo tanto incorporar información fisiológica, psicológica y social (Kaplan, 1990).

Belar, Dearhoff & Kelly, (1978) presentan un modelo de evaluación que de una o de otra manera sigue siendo utilizado por los trabajadores de esta disciplina, la selección de este trabajo se debe a que es el que se adecua y respeta el criterio de análisis y definición especificado por la PP y que consiste como lo hemos mencionado; en la perspectiva biopsicosocial de los conceptos de salud y enfermedad. En dicho modelo se consideran en primera instancia, los *objetivos de evaluación* de acuerdo a la naturaleza de la información en : objetivos del paciente y objetivos ambientales.

***Los objetivos del paciente se dividen en:***

***Objetivos biológicos.*** Los más importantes son la edad , sexo, síntomas físicos, antecedentes de enfermedad, examen físico, análisis, etcétera. Estos aspectos son importantes para el terapeuta ya que le ayudan a comprender los síntomas fisiológicos actuales del paciente y sus diferencias o semejanzas con síntomas anteriores, de manera que se pueda visualizar el proceso completo.

***Objetivos afectivos.*** Incluyen la comprensión del ánimo y afecto actuales del paciente, sus elementos contextuales y su historia, así como la expresión de sus sentimientos acerca de la enfermedad; se debe conocer el tratamiento que utiliza, el apoyo social que va a recibir y por supuesto al paciente. Igual que en el apartado anterior, es útil tener datos anteriores de estos objetivos con el fin de poder comparar y contrastar el estado actual.

*Objetivos cognitivos.* Involucran la obtención de información y conocimiento del paciente, acerca de sus percepciones, sensaciones y actitudes, así como al "contenido" y patrón de su pensamiento. Este punto es muy importante para el psicólogo pediátrico ya que debe conocer las habilidades y limitaciones del paciente, de acuerdo al momento actual y a la perspectiva del desarrollo. Estos objetivos incluyen la inteligencia general, nivel de educación, el conocimiento específico que tiene en cuanto a la enfermedad y el tratamiento, sus actitudes al problema y expectativas. El propósito más importante en este punto es la percepción del significado de enfermedad que tiene el paciente, es decir, el terapeuta debe atender al estilo cognoscitivo del paciente y a su filosofía de vida.

*Objetivos conductuales.* Incluyen lo que hace el paciente (acción) y la forma en que lo hace (estilo). Aquí se evalúan las conductas motoras tales como las expresiones faciales, la postura, el movimiento de las piernas, contacto visual, etcétera. En cuanto a los estilos, estos pueden variar de hostil, flojo, activo, adecuado hasta cooperativo o agresivo. En este punto, lo que se pretende obtener es una comprensión general de los patrones y estilos de actividad en áreas de auto-cuidado, relación interpersonal y funcionamiento en relación a la salud-enfermedad. Aquí se enfatiza la relación paciente-terapeuta y el control que el sujeto tiene de su enfermedad así como la evaluación de los hábitos relacionados a la salud, tanto previos como presentes.

***Los objetivos ambientales se dividen en :***

*Ambiente familiar.* Implican todo lo relacionado a la familia, economía, características del hogar, actitudes sobre la enfermedad e historia familiar sobre la misma, el aspecto importante a evaluar son las actitudes y los sentimientos de los miembros de la familia en relación al paciente, ya que estos influyen en la adaptación del sujeto a su enfermedad.

*Sistema para el cuidado de la salud.* Lugar y características de donde es o va a ser atendido, se investiga el procedimiento y trato que utilizan con los pacientes, el costo -beneficio del tratamiento ya que todos estos aspectos también tienen un efecto en la actitud del enfermo. Este punto es importante ya que el terapeuta puede obtener datos que le ayuden a la promoción de una mejor aceptación del tratamiento por parte del sujeto y a la comprensión de cuales son las conductas que los promotores de la salud (médicos, enfermeras, etcétera) deben manifestar para la mejora integral del paciente.

*Ambiente sociocultural.* Ocupación del paciente, tipo de trabajo o estudio, características generales de su ambiente social, el cual le determina en gran medida la actitud a la enfermedad e incluso al escenario médico donde se encuentre, este punto es el que permite esbozar un perfil general de las características del sujeto.

En los objetivos ambientales se deben considerar también los aspectos afectivos, cognitivos y conductuales de ese medio que puedan afectar a la salud del paciente.

Debe quedar claro que estos objetivos están interrelacionados y que la información obtenida en uno puede afectar o modificar lo encontrado en otro apartado. A continuación mostraremos algunas de las integraciones señaladas por Belar, Deardoff & Kelly, (1978) que influyen en la interpretación de la información final:

1. Los registros médicos y fisiológicos.
2. El conocimiento del diagnóstico médico final.
3. La comprensión e involucramiento de la familia con el tratamiento médico y psicológico.
4. Las reacciones familiares ante las actividades de autocuidado.
5. Las posibilidades económicas de la familia.
6. El significado que da el paciente a los síntomas y la aceptación del

régimen médico.

7. Las actitudes del paciente al equipo médico y al escenario.
8. El comportamiento familiar ante las actitudes mostradas por el paciente.
9. Características del ambiente sobre el nivel de actividad del paciente.
10. Efectos de la enfermedad en el sujeto.
11. La actitud del equipo médico ante la situación del enfermo.
12. Expectativas de todos los implicados en la enfermedad.
13. Factores cognitivos sobre los síntomas físicos.

Esto es solo una muestra de la cantidad de interacciones que pueden darse entre los objetivos de evaluación. Es obvio que para poder tener una interpretación altamente competente, se necesita el apoyo y conocimiento de la literatura teórica y empírica relacionada a la PP y a la psicología como tal.

***Métodos de evaluación:***

Existen muchos métodos que pueden ser utilizados, algunos darán más o menos información sobre los objetivos del modelo presentado. La elección del método depende del objetivo a ser evaluado, el propósito y por supuesto la habilidad del terapeuta. Dado que es difícil presentar una descripción detallada del uso de un método específico, se dará un listado de las técnicas más utilizadas en la PP, de acuerdo a Karoly, (1985).

***Entrevista.*** Es el más utilizado y tiene la capacidad de mostrar datos históricos a través de todas las áreas de los objetivos: física, afectiva, cognitiva y conductual, tanto del paciente, de su familia, del escenario y del medio sociocultural. También es un medio de desarrollar un acercamiento con el paciente, permite la adquisición del auto-reporte y de datos de observación del sujeto, la familia y su relación con el equipo médico. El contenido y estilo de la entrevista puede variar, dependiendo del objetivo a evaluar, este proceso depende a menudo de las preferencias del terapeuta.

*Cuestionario.* Este método es considerado cuando el tiempo es importante ya que el entrevistador puede revisarlo con el paciente enfocándose en áreas que necesiten más claridad en los aspectos psicológicos. También se pueden utilizar como un registro sistemático de datos que puedan facilitar el futuro programa de evaluación. Por otro lado, la forma y el contenido dependerá de la orientación teórica del psicólogo, aunque algunas de sus características más importantes deben ser la claridad y la facilidad de respuesta.

*Diarios.* Generalmente se utilizan para registrar conductas abiertas y cubiertas, se emplean como medidas de línea base y como una técnica de tratamiento acerca de los antecedentes, consecuencias y relaciones entre conductas internas y externas, también ayudan a medir la efectividad de los programas de tratamiento. Aún cuando hay controversias acerca de su confiabilidad y validez, continúan siendo muy utilizados.

*Psicometría.* Hay dos clases de técnicas psicométricas que se emplean en la PP, las "amplias" y las "estrechas". Generalmente se recomienda ser precavido en su utilización, de tal manera que se pueda seleccionar la prueba más compatible con el problema específico. Las medidas más empleadas abarcan desde pruebas de personalidad, inventarios familiares, técnicas proyectivas, inventarios sobre la salud hasta escalas de ansiedad y depresión. Belar considera que no es posible establecer formalmente cual sería la medida especial para un problema particular, ya que esto depende del o los objetivos y de la situación imperante.

*Observación.* Este es uno de los métodos fundamentales de evaluación, y da al psicólogo bastante información que puede aplicarse a los objetivos del presente modelo. La observación puede ser estructurada, por ejemplo, cuando se incluyen tareas como el juego de roles con la familia, etcétera, y cuando se tienen experiencias en "vivo" durante el tratamiento médico o la actividad que presenta el paciente en el escenario del hospital ante una situación específica y determinada a

priori. La observación no estructurada implica el registro de eventos en el momento mismo en que ocurren, sin una programación previa.

*Medidas psicofisiológicas.* Se emplean para tener información acerca de los eventos biológicos o consecuencias de los eventos biológicos. También proveen retroalimentación al sujeto e incluso pueden servir como una intervención psicológica. Los eventos biológicos de más interés para la PP incluyen, tensión muscular, temperatura, presión sanguínea, tasa cardíaca y actividad respiratoria, de los que se pueden derivar como efectos; estrés, dolor de cabeza, ansiedad, migraña, etcétera. Lo que por supuesto llevaría a la elección de tratamientos relacionados al tipo de problema detectado. Los parámetros de interés incluyen, porcentaje, variabilidad intrasujeto y medidas de diferentes condiciones (estrés, relajación, descanso, imaginación y actividades previamente especificadas). Aunque estos perfiles psicofisiológicos son muy utilizados en estos ámbitos, no pueden tener un valor predictivo, sobre todo en las fases iniciales de un trabajo de diagnóstico. Por otro lado, es necesario que el psicólogo sea experto en los procesos bioeléctricos y fisiológicos, y en las técnicas de instrumentación y registro.

*Datos de archivo.* La literatura para esta área de trabajo incluye, causas, síntomas, curso, prevención, tratamiento y componentes psicológicos, datos que sin duda son útiles en el proceso de evaluación. También los registros médicos aportan información que puede integrarse al perfil psicológico obtenido y es un requisito indispensable de conocimiento para la integración de la futura intervención.

Al final de todo este proceso de evaluación, el psicólogo debe tener una comprensión total del paciente, de su ambiente físico y social, de sus fuerzas y debilidades, de la evidencia de su patología, de la naturaleza de su enfermedad y régimen de tratamiento y de las habilidades de afrontamiento que debe utilizar. Después de integrar toda esta información, el terapeuta podrá delinear las áreas de trabajo para ese paciente en particular. Se considera que no es necesario estar

comprometido con una teoría única o con alguna estrategia de evaluación, es por esto, que la idea de este modelo y la PP en general es la de conformar el esquema conceptual biopsicosocial.

#### ***4. Estrategias de intervención en PP.***

Una vez que se ha enfocado el problema y se ha integrado la información obtenida en la evaluación, es posible entonces elaborar un plan de intervención, seguiremos el mismo modelo sugerido por Belar et al, (1978) quienes consideran que el proceso de selección y elaboración debe ser flexible y sin una preferencia rígida a una u otra estrategia, ya que las intervenciones psicológicas en este ámbito particular pueden variar, de usar técnicas amplias y generales a técnicas diseñadas para objetivos más estrechos y específicos. Se mencionarán las intervenciones más comunes en la práctica de la PP.

***Efecto placebo.*** Puede ser el procedimiento de cambio conductual más simple y es muy utilizado. Se refiere a los cambios en la conducta que ocurren debido a las expectativas del paciente con respecto a un tratamiento determinado. Puede influir mucho en el paciente y generalmente siempre se encuentra presente, aún cuando el psicólogo no lo tenga previsto, ya que forma parte de las expectativas propias del sujeto (Shapiro & Goldstein, 1982).

***Asesoría de apoyo.*** Se considera como una forma no específica de intervención psicoterapéutica dirigida hacia la reducción del estrés psicológico del paciente. Este tipo de tratamiento puede involucrar el trabajo con la familia, con el individuo o el empleo de grupos de apoyo. Esta forma de intervención puede utilizar a paraprofesionales entrenados para dar este servicio de manera que el psicólogo pueda abocarse a otras tareas relacionadas con el problema a tratar (Belar et al, 1978).

*Aproximaciones con el individuo y la familia.* Están basadas en modelos de tratamiento a corto plazo y se enfocan en ayudar al paciente y a su familia al manejo adecuado del estrés y de los procedimientos del tratamiento médico. Esto permite la participación activa con las decisiones del médico, ayuda a establecer una adecuada relación entre el psicólogo y el paciente, y asegura que los sentimientos de ansiedad y depresión sean "normales". Esta aproximación se considera de gran importancia en el trabajo particular con niños.

*Grupos de apoyo.* Las discusiones en grupo permiten al paciente la confrontación con problemas similares al suyo, discutiendo sus ansiedades, diferentes estrategias de afrontamiento y la obtención de información sobre los tratamientos médicos y sus consecuencias. En el caso de infantes, se recomienda el uso de salas de juego dentro del mismo hospital con compañeros que ya han recibido tratamiento.

*Psicoterapia verbal.* Existe una gran variedad de aproximaciones en este punto; analítica, cognitivo-conductual, racional-emotiva, directiva, sistémica, etcétera. Esta psicoterapia puede ser específica al síntoma, general, o una combinación de ambas. Se ha encontrado que puede reducir la utilización de algunos fármacos, decrementa el uso de narcóticos post-operación, reduce síntomas asociados al estrés y facilita el afrontamiento a la enfermedad específica. Es muy utilizada en el escenario de hospitales tanto en adultos como en niños de todas las edades (Belar et al, 1978).

*Educación e información.* En la PP, la educación enfocada al modelo biopsicosocial y sus aplicaciones específicas al paciente y al problema, es considerada como esencial para todo tipo de tratamiento. Por otro lado, la información es necesaria para obtener el consentimiento del paciente o de los padres en cuanto al tratamiento y para asegurar el seguimiento adecuado del mismo, así mismo, puede ser utilizada como una intervención particular para promover el afrontamiento a la enfermedad y al procedimiento médico. Hay dos tipos de información: de *procedimiento* y *sensorial*. La de procedimiento se refiere a la

información acerca de los aspectos médicos por sí mismos, y la sensorial se refiere a la información considerando las sensaciones y sentimientos durante o después del procedimiento. Esta aproximación debe ser muy bien valorada ya que se ha encontrado que en algunos casos, puede producir más estrés, sobre todo en los niños, sin embargo, es posible seleccionar un tipo de información especial y adecuada para cada caso particular, de ahí la importancia de objetivos de evaluación bien dirigidos (Gil, Keefe, Crisson & VanDalfsen, 1987).

***Intervención en crisis.*** En muchas ocasiones, los eventos cotidianos interfieren con la habilidad del sujeto para afrontar sus problemas médicos, en este caso, las crisis y problemas ya existentes se centran en los efectos de la enfermedad o incluso en la posibilidad de muerte, en estos momentos, el psicólogo debe desplegar todos sus conocimientos del caso para comprender el problema e intervenir con la técnica de apoyo más adecuada. En la PP, se plantean tres objetivos principales para intervenir en una crisis: a) la liberación del estrés psicológico del sujeto (ansiedad, desesperanza, confusión), b) El restablecimiento del paciente a su anterior nivel de funcionamiento, y c) ayudar a la comprensión del sujeto de todas las acciones que están involucradas en su caso, y hacerlo de una manera clara y detallada. Este procedimiento debe involucrar a la familia y a los profesionales que trabajan con el paciente (Belar et al, 1987).

***Procedimientos de entrenamiento en relajación.*** La estrategia de intervención más empleada en la PP es el entrenamiento en relajación, sobre todo para la preparación a los procedimientos médico-quirúrgicos que son estresantes. Este entrenamiento ha sido considerado como la "aspirina de la medicina conductual" ya que es la técnica más utilizada por los psicólogos que prefieren apoyarse en la teoría conductual, sin embargo, cabe aclarar que generalmente se emplea combinada con las otras técnicas que son mencionadas en este capítulo. Por otro lado, aunque las estrategias de relajación fueron originalmente propuestas como intervenciones en el estado

fisiológico del paciente, se ha encontrado que también interviene en los dominios afectivos y cognitivos ya que facilita un sentido de autocontrol y competencia. Una de sus virtudes es que es fácilmente aprendida y administrada y presenta buenos resultados en todo tipo de paciente, incluyendo al infante.

*Respiración diafragmática.* Es una forma simple de ejercicio de relajación, en donde se enseña a respirar a través del diafragma, generalmente se usa como previa a la relajación misma, aunque por sí sola puede alterar la respuesta condicionada al estresor (Belar et al, 1987).

*Relajación muscular progresiva* (Jacobson, 1939; citado en Peveler & Johnstone, 1986). Está basada en el principio de que la relajación tiene acompañantes fisiológicos que son opuestos a la ansiedad; se enseña a los pacientes a tensar los músculos intencionalmente, y luego relajarlos - una forma de aprendizaje de discriminación, se indica al sujeto que enfoque su atención en los distintos músculos, desde la cabeza hasta la punta de los pies, así va aprendiendo a identificar y relajar los músculos que están en tensión. En algunos casos, es necesario modificar los procedimientos estándares, dependiendo del sujeto y de la enfermedad que presenta

*Entrenamiento en relajación autógena* (Schultz, 1932; citado en Luthe, 1963). El entrenamiento autogénico, puede producir un estado de relajación profundo con el uso de autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo y sugiriendo sensaciones de calidez, calma, etcétera.

Como en todos los procedimientos, se recomienda la evaluación pre-tratamiento y por ende la modificación apropiada a cada caso ya que puede producir un efecto contrario del esperado, por ejemplo, mayor ansiedad, hipotensión, o incluso pensamientos antagónicos con los esperados.

**Imaginación.** La imaginación hace uso del mundo interno, privado del paciente, a través de la creación de imágenes. Esta técnica puede dirigir a una relajación general, a una reducción de la ansiedad, del síntoma y al cambio conductual.

**Imaginación guiada** (Samuels & Samuels, 1975; citado en: Davis, McKay & Esheiman, 1985). Se pide a los pacientes que visualicen en detalle una escena que consideren que los puede relajar, en otros casos, se utilizan las sensaciones corporales. En estos ejercicios, la mente del paciente juega un papel activo a través de la recreación de ciertas señales, sonidos, olores, y tacto. Se usa generalmente en el manejo del dolor como un medio de distraer al sujeto de esa sensación o alejarlo del estrés que le pueda producir la enfermedad o el tratamiento médico.

**Desensibilización encubierta** (Cautela, 1972; citado en: Kazdin, 1983). En esta técnica se aplican las leyes del condicionamiento clásico a la imaginación. Su uso está dirigido principalmente hacia la extinción de conductas mal adaptativas aprendidas. Generalmente se asocia un hábito aprendido con un estímulo nocivo que es imaginado, así, presumiblemente el hábito inadecuado no volverá a presentarse debido a su asociación con algo displacentero.

La imaginación es ideal para el tratamiento en relajación y la reducción de síntomas, ya que no requiere de movimientos o de equipo especial. Sin embargo, el uso exitoso de esta técnica también depende de la habilidad para concentrarse por un periodo de tiempo y la posibilidad de crear cierto grado de fantasía.

**Hipnosis** (LeCron, 1961; citado en: Davis, McKay & Esheiman, 1985). Aunque no se pueden tener ensayos bien controlados, la hipnosis se ha considerado útil en el tratamiento del dolor, y en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Su propósito es producir cambios fisiológicos directos, cambio de la percepción de un síntoma, facilitar la relajación, etcétera. Esta técnica ayuda al psicólogo a identificar los factores emocionales relacionados al síntoma.

Esta estrategia solo es considerada como de empleo colateral a otras ya que los resultados obtenidos pueden ser muy variables, particularmente cuando se utiliza en niños muy pequeños, en cuyo caso no es muy recomendada pues la información obtenida puede no tener mucha confiabilidad.

**Retroalimentación** (Bikov, 1957; citado en: Kazdin, 1983). Su objetivo principal es enseñar al paciente el control voluntario sobre los procesos fisiológicos, aunque también puede ser utilizada como intervención en los dominios afectivos y cognitivos. Cuando el entrenamiento resulta exitoso, se facilita el control del sujeto en los eventos fisiológicos. La percepción de este control se asocia con un decremento de los estados emocionales y por lo tanto en la reducción de la ansiedad. Las dos formas más empleadas incluyen el EMG y la temperatura de la piel. El EMG se emplea para educar al sujeto sobre su tensión muscular y es útil en los desórdenes musculo-esqueléticos. La temperatura da una medida indirecta del volumen sanguíneo periférico y así se utiliza en los desórdenes asociados con la vasodilatación y la vasoconstricción. En los escenarios médicos, se emplea en las situaciones relacionadas al estrés, dolor de cabeza, ansiedad, y migraña. Otros usos más específicos lo incluyen en el tratamiento de: arritmias cardíacas, incontinencia fecal, asma, reeducación neuromuscular, disfagia, y tortícolis entre otros.

Debe notarse que la aplicación de la retroalimentación todavía carece de un fuerte apoyo empírico y su uso requiere de un entrenamiento muy especializado en el procesamiento de señales bioeléctricas, psicofisiología y manejo de equipo.

**Desensibilización sistemática** (Wolpe, 1952; citado en: Kazdin, 1983). En este caso, se enseña al paciente a emitir una conducta que sea inconsistente con la ansiedad. Generalmente se usa para reducir los miedos del sujeto que acompañan a la ansiedad en ciertos procedimientos médicos y dentales. Puede realizarse ya sea imaginariamente o en vivo o con ambos. Se presenta una jerarquía de circunstancias asociadas progresivamente a la ansiedad, y se practican escenas con dificultad

creciente, permitiendo que el enfermo se vaya adaptando a las circunstancias que le producen conflicto.

Como en todos los casos anteriores, se recomienda el conocimiento total del caso y la pertinencia de su empleo ya que en niños pequeños puede tener efectos contraproducentes, como la presencia de mayor ansiedad y estrés.

**Modelamiento** (Bandura & Walters, 1974). Basado en la teoría del aprendizaje observacional, nos facilita el aprendizaje de conductas adaptativas, puede usarse la observación directa o la imaginación. Es un método importante para enseñar habilidades necesarias para el conocimiento de la enfermedad presentada (por ejemplo, el empleo de jeringas, material quirúrgico, etcétera), también reduce la ansiedad durante la preparación pre-operatoria.

Con este método, es necesario estar alerta en cuanto a las características del modelo ya que se ha demostrado que cuando éste tiene características no adecuadas a la situación, puede tener efectos opuestos a los deseados. Por otra parte, en el manejo de niños es de las técnicas más utilizadas junto con la educación y la información y se han logrado efectos verdaderamente exitosos.

**Entrenamiento de habilidades y ensayo conductual.** En este caso, se incorpora el modelamiento, el juego de roles y el ensayo conductual. Aquí se aprenden habilidades específicas que facilitan el ajuste físico y psicológico. En la PP generalmente se aprenden habilidades de auto-afirmación y asertividad sobre todo en la interacción con el personal médico. Implica el aprender conductas de acercamiento con las personas relacionadas al tratamiento de una manera abierta y clara. En el caso de los niños, se requiere que respondan y/o pregunten sin timidez acerca de su enfermedad y tratamiento. Otras de las habilidades a enseñar incluyen las conductas necesarias para el cuidado general durante el tratamiento y la rehabilitación. Este entrenamiento es muy importante en el caso de los niños ya que

se ha observado que facilita su mejora y además se aprenden nuevas habilidades para el futuro cuidado de la salud (Belar et al, 1987).

**Manejo de Contingencias** (Skinner, 1975). Como una estrategia de tratamiento, su objetivo es el de incrementar las conductas adaptativas y decrementar las que interfieren con la recuperación. Los procedimientos más empleados son: el reforzamiento positivo, el negativo, castigo, costo de respuestas, extinción y aproximaciones sucesivas. La ventaja demostrada de este tratamiento en el hospital es que puede ser administrado por todo el personal del hospital, siempre y cuando el psicólogo lo determine con un previo entrenamiento o dirección, también los familiares deben ser instruidos en el uso de éste.

Aunque el manejo de contingencias es efectivo bajo condiciones controladas, su eficacia puede disminuir si no se dan instrucciones detalladas, o no hay un seguimiento, o no existe una programación adecuada.

**Estrategias cognitivas.** Hay una gran variedad de estas estrategias para producir un cambio conductual, incluyen el uso de la distracción, el sosegamiento y la reestructuración cognitiva, así como la atención-diversión. El propósito es alejar la atención del sujeto de los eventos desagradables y puede emplearse la imaginación placentera, tareas de dificultad mental, conteo en voz alta, y la atención a estímulos neutrales. La reestructuración es un término genérico que describe una variedad de procedimientos, incluyendo el entrenamiento de inoculación al estrés (Meichenbaum & Cameron, 1983), la terapia racional emotiva (Ellis, 1980) y el entrenamiento en solución de problemas, estos procedimientos educan al paciente en las relaciones entre pensamientos, sentimientos y conductas que ayudan la cognición con pensamientos adaptativos (Turk, Litt, Salovey & Walker, 1985).

De esta manera, se presenta el modelo de Belar et al, (1978) que ha servido de guía en la mayor parte de los trabajos en la PP y que en la actualidad sigue siendo considerado como el modelo a seguir, aún así, hay algunos puntos que integran e

incluso amplían su trabajo y que han surgido después de dos décadas de trabajo en hospitales, estos son presentados por Pace, Mullins, Chaney & Olson, (1995) quienes analizan la evolución del papel del psicólogo como parte de los servicios en el cuidado de la salud y sugieren que se requiere de más investigación para determinar cual es el mejor rol que puede jugar el psicólogo en el cuidado de la salud física y mental. Estos autores describen una aproximación para la consulta en la PP basándose en un sistema contemporáneo e integrativo de teorías derivado empíricamente en las estrategias de cambio del comportamiento con un énfasis en la medición, la intervención multi-nivel y los beneficios de una aproximación de trabajo intradisciplinario y transdisciplinario. Este modelo promueve los objetivos de intervención simultáneos a diferentes niveles de todos los sistemas involucrados en el escenario médico (lo cual es la esencia del modelo biopsicosocial), lo que hace necesario la *definición del problema, la solución propuesta y la consideración analizada de los efectos de la solución de problemas complejos en los otros subsistemas o niveles*. Así, es posible que los problemas potenciales puedan minimizarse y las intervenciones puedan tener éxito debido a la interacción del contexto biopsicosocial del paciente. Basados en esta perspectiva, los autores presentan cinco pasos que pueden facilitar la evaluación y la intervención a nivel múltiple en la consulta psicológica del sector salud:

- 1) Este punto involucra una evaluación de las razones por las que se solicita el servicio del psicólogo y la relación paciente-médico. Este proceso comienza con el análisis entre el psicólogo y el médico acerca del problema en cuestión, esto es de importancia crítica ya que no solo permite el conocimiento del caso, sino que establece los niveles de responsabilidad de todas las partes involucradas y da forma al esquema de trabajo que pueda surgir de los objetivos de evaluación.

2) y 3) Respectivamente, son la evaluación y el desarrollo de la relación terapéutica entre el paciente y su familia, este paso es necesario en todos los casos de niños y adolescentes.

4) Involucra la evaluación de sistemas más grandes y su potencial contribución a la definición del problema o a su intervención, esto implica el conocimiento de todos los aspectos y características del sistema de salud, su manejo, política y procedimientos. Estos factores que a veces no son considerados pueden reducir la efectividad de un tratamiento cuando este es muy ambicioso.

5) Determina una consulta de nivel múltiple en donde se educa al médico y a otros profesionales acerca de las estrategias de intervención; además, se recomienda la consulta con todos los profesionales relacionados para determinar la posibilidad real de llevar a cabo el tratamiento. Desgraciadamente, en algunos casos es necesario adaptar la estrategia al sistema, dada la imposibilidad de adaptar el sistema a la estrategia.

Es papel del psicólogo, demostrar sus habilidades para poder mantener y expandir su rol en este sector a manera de poder ejercer sus intervenciones de forma idónea.

Por otro lado, en cuanto a las futuras direcciones de la PP en el sector salud, existen algunas recomendaciones y sugerencias con respecto a las características que deben comprender la evaluación y la intervención, y que son presentadas en un artículo que recopila las opiniones de los expertos en esta área en la última década (Johnstone, Frank, Belar, Berk, Bieliauskas, Bigler, Caplan, Elliot, Glueckauf, Kaplan, Kreutzer, Mateer, Patterson, Puente, Richards, Rosenthal, Sherer, Shewchuk, Siegel & Sweet, 1995), presentaremos de manera resumida las opiniones vertidas al respecto: se considera que el psicólogo debe tener un modelo de práctica tanto integrado como autónomo en cuanto a su disciplina, sus actividades de diagnóstico, evaluación e intervención deben estar limitadas y enfocadas a sus

objetivos particulares, los cuales deben dirigirse a la evaluación de estrategias de prevención. De acuerdo a los datos de trabajo de las décadas anteriores, las aproximaciones conductuales y psicoeducativas son probablemente las que dominarán en este sector, sin olvidar que en ocasiones el empleo combinado de otros procedimientos puede ser necesario. Las intervenciones deben ser a corto plazo con un énfasis en la modificación de los hábitos y estilo de vida. En adición, se tienen que estandarizar los protocolos de evaluación y tratamiento para facilitar el uso de procedimientos validados empíricamente. Así mismo, se pronostica que los tratamientos serán medibles, empíricos, funcionales y documentales, también se anticipa que muchas de las pruebas neuropsicológicas y la rehabilitación cognitiva estarán basadas en el empleo de computadoras. También la neuropsicología tendrá mayor auge, lo cual requerirá de un entrenamiento especializado y se tendrá que desarrollar una taxonomía de constructos neurocognitivos, así como pruebas con una fuerte validez ecológica, y métodos que correlacionarán los constructos con las pruebas. Una aproximación biopsicosocial a la evaluación neuropsicológica reemplazará a la estrategia psicométrica. Por el lado del tratamiento, éste tendrá que ser más preciso, aunque parezca contradictorio dado el gran interés en la rehabilitación cognitiva la cual trabaja con eventos cubiertos. Se recomienda por otro lado, la especialización en la evaluación y tratamiento específicos a esta área en por lo menos seis de las siguientes técnicas: terapia en relajación, terapia de grupo, psicoterapia individual de corto plazo, terapia familiar, trabajo en comunidades, evaluación neuropsicológica, modificación de conducta, retroalimentación, hipnosis, promoción de la salud en educación pública, dependencia química, rehabilitación al dolor, al cáncer y el SIDA (Johnstone et al, 1995). Como se puede observar, la PP tiene un amplio rango de actividades de evaluación, intervención y consulta, es por esto, que la perspectiva biopsicosocial debe formar parte del

esquema integral de trabajo del psicólogo como un punto de partida para la mejora de su profesionalización en este campo.

La lista de estrategias de intervención no es exhaustiva, sin embargo, se presentan las más representativas en este sector y que son generalmente más utilizadas por los psicólogos que han incidido en los hospitales y además con un éxito relativamente importante. Por otro lado, se debe mencionar que no se emplean de manera aislada, sino que a menudo se presentan conjuntamente, lo cual es recomendado por el modelo biopsicosocial y por supuesto dependiendo de la habilidad del psicólogo. Sin duda, no es posible que el psicólogo pediátrico sea experto en el manejo de todas las estrategias mencionadas, sin embargo, es necesario que se familiarice con las distintas categorías y problemas que se pueden encontrar en este amplio campo de trabajo y que desarrolle habilidades de selección a problemas específicos para su solución.

Como se ha mostrado, esta área apoyada en la psicología general tiene una metodología substancial. Los datos provistos por las áreas clínica, social y experimental han dado importantes frutos para las soluciones prácticas a los problemas enfocados en el ambiente médico. Sin embargo, la psicología de la salud con todas sus especialidades (PP, neuropsicología, etcétera.) requiere más que la mera aplicación de los principios de la conducta humana. Se debe buscar que los avances teóricos y metodológicos sean apropiados a este campo relativamente nuevo; hay que enfatizar la interdisciplinariedad, con el propósito de mejorar los procedimientos de medición y las estrategias de intervención, y de esta manera, mejorar la práctica. Los psicólogos necesitan establecer un lenguaje conceptual apropiado al campo a partir de los datos obtenidos, ya que de otra manera, no se podría seguir adecuadamente lo propuesto por el modelo biopsicosocial.

Una cosa es mostrar sus bondades conceptuales y otra es implementarlo a través del uso tradicional de las técnicas presentadas, es decir, trabajar de manera lineal, reportando hallazgos sin considerar todos los aspectos en los que se encuentra inmerso un paciente en este escenario tan particular, aquí es donde la psicología debe autoexaminarse dentro de ésta área de investigación tan fértil. No sólo hay que aplicar la vieja tecnología y los diseños ya planteados, hay que generar y adecuar con creatividad nuevas herramientas de trabajo. La psicología de la salud tiene que formular su propio marco conceptual remarcando sus intereses teóricos. Esto es importante ya que dentro de la misma psicología, este campo es considerado aún como " algo " perteneciente a la psicología de la rehabilitación, a la clínica, a la psicofisiología, etcétera. Los pasos deben encaminarse a la integración del conocimiento y aproximaciones de varios grupos, con la idea de trabajar realmente con un modelo biopsicosocial. Esta integración sin duda, llevaría a una verdadera comprensión de la psicología de la salud.

No se pretende afirmar que los psicólogos reinventen a la psicología, ya que muchos de sus principios y aplicaciones han mostrado su utilidad en una amplia variedad de problemas, más bien, se sugiere la promoción de una verdadera interdisciplina con el objeto de poder establecer vínculos de trabajo fructíferos con otros profesionistas, sin lo cual, no sería posible extender esta área de trabajo, ni generar estrategias potencialmente útiles. Se debe tener presente que una buena práctica no sólo consiste en la aplicación de los frutos tecnológicos, también consiste en una metodología científica autocorrectiva.

Los psicólogos por lo tanto, deben demostrar que sus medidas pueden ser objetivas, y que sus contribuciones pueden ser importantes no por si solas, sino en conjunción con los procedimientos médicos tradicionales.



 CAPITULO 3.

---

## EJEMPLOS DE CASOS EN LA PP.

Considerando los aspectos teóricos y metodológicos presentados en el capítulo anterior, nos podemos dar cuenta de que el trabajo psicológico en esta especialidad refleja una orientación ecléctica que apoya una variedad de puntos de vista conductuales, fisiológicos, cognitivos, sociales y de personalidad; y que adoptando el modelo biopsicosocial como tema básico de explicación, se interrelacionan los componentes de este modelo en un patrón dinámico y continuo. En este punto, pareciera que la PP en su muy particular espacio de trabajo, ha rebasado la problemática que aún prevalece en el ámbito general de la psicología. Los trabajadores en esta área no dudan en ningún momento en utilizar técnicas de intervención combinadas y no se plantean ninguna crisis teórica o práctica al hacerlo. Es más, alientan a todo psicólogo interesado en este aspecto, para que su ejercicio se realice considerando a este modelo. El fin último es solucionar un problema que puede producir desde gran dolor hasta estrés, así como el afrontamiento de una muerte posible. En este capítulo, presentaremos ejemplos de casos que representan el quehacer de la PP, aunque antes es necesario abordar el tema del estrés y el dolor.

### *1. Consideraciones acerca del Estrés y el Dolor en la PP.*

Discutir acerca del dolor y el estrés es muy importante ya que ambos permean y se encuentran en casi todos los casos que se presentan en los escenarios médicos. Generalmente el psicólogo debe trabajar con uno o ambos en cualquier momento de su ejercicio, por lo cual, es necesario considerar algunos de sus aspectos antes de presentar ejemplos representativos del trabajo del PP. Cabe aclarar que se mencionarán de manera general ya que todos sus elementos rebasarían el espacio y propósito de este trabajo.

#### *Estrés.*

Los investigadores lo han conceptualizado de tres maneras. En una aproximación se ve como un estímulo y los estudios se enfocan sobre el impacto del estresor. Otra aproximación trata al estrés como una respuesta y examina el daño que produce. El tercer punto de vista lo ve como un proceso que involucra interacciones continuas y ajustes o transacciones entre la persona y el ambiente (Baum, 1990).

Estos puntos de vista han llevado a una definición del estrés como " la condición que resulta cuando las transacciones persona/ambiente permiten al individuo percibir una discrepancia entre las demandas de una situación y los recursos de los sistemas biológico, psicológico y social de la persona " (Sarafino, 1994).

Las transacciones involucran generalmente un proceso de juicio cognitivo, el cual toma dos formas; el llamado juicio *primario* que se enfoca en si una demanda amenaza el bienestar de una persona, lo cual produce uno de tres juicios: la demanda es irrelevante, es buena o es estresante. Un juicio estresante recibe mayor atención por el aumento de daño o pérdida, la amenaza de daño futuro y el reto que puede presentar la demanda. El otro tipo de juicio, llamado *secundario*, evalúa los recursos disponibles para enfrentar la demanda. Cuando ambos juicios indican que el ajuste entre las demandas y los recursos está cerrado, se presenta poco estrés. Pero cuando el juicio muestra una discrepancia, especialmente si la demanda parece mayor que los recursos, se presenta un aumento en el estrés (Cohen & Lazarus, 1983). El que los eventos sean evaluados como estresantes se debe a dos tipos de factores, los relacionados a la persona y los relacionados a la situación. Los de la persona incluyen los intelectuales, motivacionales y características de la personalidad, como puede ser la auto estima y el sistema de creencias. En cuanto a los factores situacionales, estos son estresantes si involucran una fuerte demanda, son inminentes, indeseables e incontrolables u ocurren en un momento inesperado (Paterson & Neufeld, 1987). Los estresores producen presiones en los sistemas biológicos, psicológicos y sociales de la persona. Las situaciones de emergencia evocan una reacción fisiológica de lucha y huida, en donde el organismo se prepara para atacar la amenaza. Cuando el estrés es fuerte y prolongado, la reacción fisiológica atraviesa por tres fases: la reacción de alarma, la fase de resistencia y la fase de cansancio, esta serie de reacciones es llamada el *síndrome de adaptación general* (Selye, 1985). De acuerdo a lo anterior, niveles altos y continuos de estrés pueden hacer a una persona , vulnerable a las enfermedades, como úlcera y presión alta. También los factores psicosociales influyen en la reacción fisiológica al estrés.

Así, el estrés puede afectar los procesos psicosociales y estos pueden alterar el funcionamiento cognitivo el cual puede producir un déficit generalizado en los

niños. Varias emociones pueden acompañar al estrés, el miedo, ansiedad, depresión y furia, éstas se pueden presentar cuando los niños tienen cualquier tipo de enfermedad, particularmente una crónica, en donde también los familiares tienen que adaptarse a esta situación, esto puede producir estrés tanto en el niño como en la familia ya que hay que ocupar tiempo para el cuidado del enfermo, lo que altera toda la vida de este grupo tanto en lo social como en lo económico (Sears & Milburn, 1990).

Por otra parte, los investigadores miden el estrés de tres maneras: una que involucra la evaluación fisiológica como puede ser la presión sanguínea, tasa cardiaca, respiratoria y respuesta galvánica de la piel. Los análisis bioquímicos de sangre y orina también son empleados. Otro método de medición consiste en el análisis de los eventos de vida de las personas en donde se emplean diversas escalas. El tercer método involucra medir las experiencias problemáticas que ha tenido un sujeto (Goldstein, Jamner & Saphiro, 1992).

Así, partiendo de estas consideraciones, los investigadores han identificado cinco tipos de intervención de apoyo: emocional, estimación, instrumental, informativa y encadenada. El apoyo social parece reducir el estrés y facilitar la salud, de tal manera que a mayor apoyo, menor incidencia de problemas durante la enfermedad. Otro modificador psicosocial es el control que el paciente tiene sobre su vida el cual se adquiere de sus éxitos y fracasos a través de un proceso de aprendizaje, este control permite el ajuste adecuado a la enfermedad. Otro punto es la tendencia de las personas hacia los patrones de conducta Tipo A y Tipo B. La conducta tipo A comprende tres características: la orientación competitiva, urgencia en el tiempo, y el enojo o la hostilidad. Estos individuos responden más rápida y fuertemente a los estresores. En contraste, el Tipo B se caracteriza por bajos niveles de competitividad y hostilidad y por ende tienen menos tendencia a la enfermedad (Lin & Peterson, 1990). Por otro lado, la psiconeuroinmunología es un nuevo

campo que se enfoca en como el proceso psicosocial y los sistemas nervioso, endocrino e inmune se interrelacionan (Kamen-Siegel, Rodin, Seligman & Dwyer, 1991).

Partiendo de toda esta literatura, se encuentra que algunos desordenes psicofisiológicos relacionados con el estrés son: úlcera, asma, dolor crónico de cabeza, artritis reumatoide, y algunos problemas de la piel, hipertensión e incluso cáncer. Para el manejo del estrés se emplean una variedad de técnicas las cuales ya fueron mencionadas en el capítulo anterior, pero que se volverán a enumerar en lo específico a este tema: los métodos cognitivos y conductuales incluyen la relajación muscular progresiva, desensibilización sistemática, retroalimentación y modelamiento. Actualmente la Terapia Racional Emotiva aparece en este escenario intentando modificar los pensamientos irracionales y reestructurando el proceso cognitivo. El entrenamiento de inoculación al estrés es un ejemplo de terapia multimodal que está diseñado para enseñar habilidades de alivio y logro personal. Todas estas técnicas, han mostrado su utilidad para reducir el estrés, ya sea solas o relacionadas con otro tipo de intervención (Sarafino, 1994).

### ***Afrontamiento***

Un tema que siempre se ha relacionado con el estrés es el del *afrontamiento* (Cap. 2). Como se vió en el punto anterior, los individuos tienen que realizar algunas actividades para reducir los estados desagradables (emocionales y físicos) que acompañan al estrés. Estas actividades son las que están involucradas en el afrontamiento, éste consiste y es definido como "el proceso a través del cual los individuos *manejan la discrepancia percibida* entre las demandas y recursos que son evaluados en una situación estresante" (Lazarus y Folkman, 1984). Estos autores argumentan que el afrontamiento puede ser muy variado y que no necesariamente lleva a la solución del problema. Puede aliviarse la situación (que es lo esperado) o simplemente ayuda a la persona a alterar sus propias percepciones de

una discrepancia, para tolerarla, aceptar el daño y escapar o evitar la situación. Consideran que se afronta el estrés a través de transacciones cognitivas y conductuales con el ambiente.

Dado que los individuos afrontan de maneras muy diferentes, Lazarus y Folkman, (1984) concuerdan en que el afrontamiento sirve para dos funciones: para *alterar el problema* que causa el estrés o para regular la respuesta *emocional*.

Siguiendo a estos mismos autores, se encuentra que el *afrontamiento enfocado a la emoción*, consiste en la regulación de los propios individuos de sus respuestas emocionales, a través de aproximaciones cognitivas y conductuales. Las personas se enfocan en la emoción, cuando creen que no pueden cambiar nada de las condiciones estresantes ( por ejemplo, cuando un niño en fase terminal considera que el amor de sus padres no es necesario ya que éste no cambiaría su situación). Las estrategias más empleadas son la *resignación*, que es la simple aceptación del problema sin ninguna otra acción; la *descarga emocional*, donde se expresan los sentimientos para reducir el estrés y el *proceso intrapsíquico*, el cual implica una distorsión de la situación.

El *afrontamiento enfocado al problema* se encamina a reducir las demandas de la situación estresante y a ampliar los recursos para lidiar con ella. Los individuos tienden a esta aproximación cuando creen que sus recursos o las demandas pueden transformarse. Las estrategias en este punto consisten en: La *acción directa*, en donde se busca la forma de enfrentar el problema; *búsqueda de información*, la cual consiste en adquirir el conocimiento de la situación estresante con la intención de buscar una solución y el *acercamiento a otros*, aquí, el sujeto busca apoyo social solicitando ayuda y seguridad en la familia, amigos y otros.

Los mismos autores argumentan que no hay el "mejor" método para llevar a cabo el afrontamiento y que no hay un método aislado que pueda ser aplicado

uniformemente para solucionar efectivamente las condiciones estresantes, ya que esto depende de la situación y de las características de cada persona.

### ***Dolor***

El estudio del dolor es importante en la PP porque influye en la actitud del paciente en relación a su tratamiento y cura, sobre todo si es intenso y duradero, lo cual puede producir estrés. El dolor incluye componentes tanto sensoriales como emocionales, puede tener diferentes cualidades y variar a lo largo de un continuo, desde ser meramente orgánico hasta ser meramente psicógeno. Virtualmente todas las experiencias de dolor involucran un interjuego de procesos fisiológicos y psicológicos, así mismo, éste puede ser corto o a largo plazo, el cual puede ser clasificado como crónico/recurrente, crónico/intratable y crónico/progresivo (Turk & Rudy, 1986).

En relación al dolor fisiológico, se encuentra que todos los tejidos del cuerpo contienen sustancias algógenicas que son liberadas en el sitio donde está el daño, así, se activan los nociceptores, que son terminaciones nerviosas aferentes. Las señales de dolor se llevan hacia el sistema nervioso central por las fibras aferentes periféricas; las A-delta que señalan la agudeza y localización del dolor al tálamo y de ahí a la áreas sensoriales y motoras del córtex; Las fibras C llevan información acerca del dolor difuso y viajan lentamente y terminan principalmente en el tallo cerebral y las porciones bajas del cerebro anterior (Chapman, 1984). En el dolor psicológico, el proceso de percepción del mismo involucra tres tipos de fenómenos. El primero es llamado dolor referido, en este caso, se origina en ciertos órganos internos pero es percibido como surgiendo de otras parte del cuerpo. El segundo tipo involucra dolor sin bases físicas aparentes; neuralgia, dolor en algún miembro

fantasma, etcétera. En estos casos, se encuentra un dolor intenso sin ningún estímulo nocivo presente. En el tercer tipo, el significado del dolor afecta la respuesta de las personas al mismo (Weidenberg, 1977).

Melzack & Wall, 1982, citados en Sarafino, (1994) proponen la Teoría del Control de Entrada al dolor, en donde se considera que las señales del dolor pasan por una entrada que puede modular las señales antes de que lleguen al cerebro. El grado en el cual se abre o se cierra la entrada depende de tres factores: el aumento de actividad en las fibras del dolor, el aumento de actividad en otras fibras periféricas, y mensajes que descienden del cerebro. Esta teoría acepta la influencia de factores psicológicos en la percepción del dolor. En cuanto al dolor considerado como psicológico; las personas con dolor generalmente exhiben conductas de dolor, como quejidos, movimientos rígidos y evitación de la actividad. Estas conductas son a menudo reforzadas, como cuando se les pone una atención especial, cuidado y afecto, o por el contrario, cuando no son atendidas de la manera adecuada. Todo esto, interviene en la forma en que el paciente puede referir su percepción del dolor. Así, el dolor y el estrés están íntimamente relacionados, el dolor es estresante, y el estrés puede producir dolor (Block, Kremer, & Gaynor, 1980).

La evaluación del dolor puede hacerse de varias maneras; con métodos de auto reporte que incluyen entrevistas, escalas y cuestionarios sobre el dolor. El cuestionario del dolor de McGill por ejemplo, evalúa tres dimensiones del dolor: afectiva, sensorial y evaluativa (Melzack & Wall, 1965). La evaluación de tipo conductual, puede medir el dolor durante las actividades cotidianas de las personas y en sesiones clínicas estructuradas (Richards, Nepomuceno, Riles & Suer, 1982). Las medidas psicofisiológicas evalúan la tensión muscular, la actividad autónoma y los potenciales evocados del cerebro (Blanchard, 1987).

Virtualmente, cada condición del dolor que ha sido considerada, también es experimentada por los niños. Goodman & McGrath, (1991) consideran que los

niños sufren dolor asociado con enfermedades crónicas, tales como la artritis y el cáncer y sufren de un amplio rango de condiciones dolorosas de las que no se conocen las bases físicas, condiciones como el dolor abdominal recurrente, migraña y dolor de cabeza con contracción muscular. Estos autores, reportan que algunos niños sufren de un curioso dolor, - único a su grupo - el que involucra dolor profundo en los brazos y las piernas pero no en las coyunturas, esto es el llamado "dolor del crecimiento" ya que se da entre los ocho y doce años de edad. El dolor es en realidad poco conocido, pero en los niños lo es menos, de hecho, existe la controversia acerca de la edad en la que los niños comienzan a sentir el dolor. Sin duda una dificultad para aclarar la controversia es que los pequeños no expresan su experiencia de dolor porque sus habilidades en el lenguaje todavía están limitadas, en lugar de decir, lloran, gritan, se tocan la parte que les molesta, etcétera. Mc.Grath, (1987) entrevistó a niños de cinco a trece años para determinar su conocimiento acerca del dolor, los de cinco años, tenían cinco adjetivos para descripción, los cuales incrementaban con la edad. Las estrategias de los infantes para afrontar el dolor van cambiando hasta que cerca de los trece, empiezan a mostrar descripciones reflejando estrategias de afrontamiento psicológico en un 35%. En cuanto a la evaluación del dolor en los niños, esta se obtiene principalmente con entrevistas y evaluaciones conductuales.

El manejo del dolor se hace para facilitar los procedimientos médicos, reducir el estrés de los pacientes y para ayudar a la rápida recuperación. Los métodos cognitivos y conductuales se emplean con el propósito de reducir el consumo de fármacos. Los conductuales se enfocan a reducir el dolor a través de procedimientos de extinción y de incrementar el bienestar con reforzamiento, se puede emplear la relajación muscular progresiva y la retroalimentación, los cuales han mostrado ser efectivos en el dolor de larga duración. Las técnicas cognitivas se enfocan a cambiar los patrones de pensamiento que incrementan la intensidad o frecuencia del

malestar. La distracción y los métodos de imaginación son efectivos para los episodios breves de dolor. También se ha utilizado la hipnosis, aunque ésta libera del dolor si es profunda, aunque es efectiva para una minoría de personas (Evans, 1987). La contra-irritación es un procedimiento en donde la aplicación de un dolor moderado cancela uno más fuerte. Esta técnica está basada en la llamada estimulación del nervio eléctrica transcutánea, en donde una ligera estimulación eléctrica es aplicada en la piel, cerca de la región donde se encuentra localizado el dolor. Es efectiva en algunos dolores crónicos variados. También la acupuntura se ha usado y parece producir altos niveles de analgesia, aunque no es reportada como útil en el dolor crónico. La terapia física incluye el ejercicio, masaje, tracción y la aplicación de calor y frío, esto ayuda a reducir el dolor muscular. En cuanto al dolor crónico, la investigación demuestra que el tratamiento debe ser integral: médico, psicosocial, físico y de terapia ocupacional (Sarafino, 1994).

Una vez presentadas las consideraciones acerca del dolor y el estrés y la manera en que son manejados en la PP, se mostrarán algunos casos que representan la forma de incidencia del psicólogo en esta disciplina. Los ejemplos se reportan cronológicamente sin importar el problema específico, ya que el trabajo en los escenarios médicos se fue desarrollando con todo tipo de enfermedades y situaciones. Por otro lado, y como se verá más adelante, las investigaciones no han sido orientadas exclusivamente a casos particulares o "enfermedades de moda", por el contrario, se ha ido ampliando la incidencia en todo tipo de problemas que pueden presentarse en este ámbito, esto es así desde la década de los ochenta hasta la actualidad. No se presentan ejemplos de casos de la década de los setenta, ya que ese momento es considerado como de desarrollo y establecimiento de la PP, la cual todavía no estaba formalizada como un brazo especializado de la Psicología de la Salud por parte de la APA. Sin duda en las dos décadas anteriores a los ochenta

existen infinidad de trabajos relacionados con la salud infantil, sin embargo, no eran reconocidos como representativos de una nueva especialidad.

## ***2. Ejemplos de casos específicos a la PP.***

Lollar, Smits y Patterson, (1982) evaluaron el dolor en niños utilizando un inventario de dolor pediátrico como un instrumento proyectivo, el cual contiene 24 fotografías que evocan situaciones de dolor en 4 escenarios: médico, recreativo, de vida cotidiana y psicosocial. Emplean una muestra de 240 niños de cuatro a 19 años y 130 de los padres, reportan una alta confiabilidad y validez estadística, adicionalmente, presentan datos correlativos y paramétricos de las diferencias de edad, la percepción del dolor infantil vs. la del adulto y la identificación con los padres. Como estudio inicial en esta área, demuestran que la percepción es diferente entre niños y adultos, concluyendo que es necesario trabajar de manera diferente en el manejo del dolor con niños tanto teórica como metodológicamente, sugiriendo el desprendimiento de una especialidad en psicología de la salud en ambientes de hospital.

Utilizando otro tipo de intervención, Fine y Tonkin, (1982) describen seis años de trabajo en el "equipo de cuidado infantil y adolescente", los primeros tres años fueron de planeación en como trabajar con infantes y los siguientes tres de aplicación. Inicialmente, se entrenó a los residentes y enfermeras del hospital en cuanto a la relación que existe entre los factores psicosociales de la hospitalización y las enfermedades. Se encontró que la sola instrucción desarrolló una actitud optimista del equipo pediátrico y que consecuentemente se dio una mejora importante en la actitud infantil y adolescente en cuanto a la enfermedad y su

tratamiento. Los autores analizan la importancia del entrenamiento en particular para el manejo pediátrico.

Un ejemplo importante de como interactúan los factores biopsicosociales nos lo presentan Stehbins, Kisker y Wilson, (1983) cuando examinan la conducta escolar de niños con cáncer y hemofilia, lo cual en esta época fue considerado como una nueva área de interés y trabajo. Los autores parten del hecho de que estos niños presentan gran ausentismo escolar y muchas conductas de autoprotección. Trabajaron con 62 niños de cinco a seis años que fueron evaluados por sus maestros antes y después de ser tratados psicológicamente en el centro pediátrico de cáncer, en donde se les instruyó en cuanto a su enfermedad y las implicaciones de seguir llevando una vida lo más normal posible, tratando de ajustar su avance académico con las limitaciones impuestas por su salud. Se encontró que el ausentismo se redujo cuatro veces menos de lo que acostumbraban y se notó una mejora académica en relación al diagnóstico pre y post test.

En otro tipo de estudio, los psicoanalistas se adhieren a la necesidad de encontrar elementos de ayuda para pacientes infantiles en escenarios médicos, así, Mohacsy, (1983) demuestra que la presencia de la madre es esencial para el bienestar físico y psicológico, de tal manera que el niño pueda separarse de la madre y aceptar a extraños, lo cual es básico en la prevención primaria y secundaria, esto es importante en áreas como: la hospitalización pediátrica que puede llevar al infante a una regresión, a mostrar ansiedad, dependencia o rebelión ya que los pequeños son más sensibles a cualquier cambio ambiental. La conclusión del autor lo lleva a sugerir que los esfuerzos de prevención deben estar encaminados a enseñar al niño y a la madre que la separación en algunas situaciones puede ser mas beneficiosa que dañina para su salud.

En cuanto a la aplicación de los principios de la psicología conductual, Redd y Hender, (1983) trabajan con las reacciones de aversión a la quimioterapia, miedo al

tratamiento médico y con los síntomas psicósomáticos ya que consideran que los pacientes pediátricos con cáncer representan una gran población con problemas psicosociales, analizan el uso de las técnicas de relajación y sensibilización sistemática, como las más adecuadas para este tipo de problema argumentando que pueden ser compatibles con otras aproximaciones, aún cuando no muestran datos empíricos, sus sugerencias son importantes y posteriormente serán retomadas por otros autores.

En cuanto al trabajo con niños hospitalizados, existe un consenso de que todos los niños necesitan alguna clase de preparación psicológica, particularmente cuando van a ser intervenidos quirúrgicamente, considerando que la hospitalización produce ansiedad, lo cual se ha encontrado en cerca del 92% de los niños próximos a cirugía. Uno de los procedimientos que ha resultado exitoso es el uso del modelamiento a través de películas como método de instrucción preoperatoria, el cual facilita el ajuste emocional pre y post operatorio; conjuntamente con la presentación de la película, se emplean medidas de ansiedad que muestran los cambios producidos por el modelamiento. Los datos encontrados en estos trabajos, muestran una reducción significativa en las conductas relacionadas a la ansiedad cuando son confrontadas a las presentadas antes del procedimiento. Los autores proponen una aproximación multidimensional para evaluar las respuestas de estrés en los niños (Melamed, Dearbon, & Hermecz, 1983).

También en relación al trabajo preoperatorio, Demarest, Hook y Erickson, (1984) estudiaron 24 pacientes de tres a nueve años de edad programados para cirugía de adenoidectomía. Los autores determinan la efectividad de tres métodos de preparación psicológica para decrementar la reactividad del niño a la hospitalización. Se aplicó una escala de ansiedad en el momento de la admisión de los sujetos al hospital y después de su salida. Cada sujeto fue asignado a uno de tres grupos; dos experimentales y uno control, con ocho sujetos para cada grupo. Al

grupo 1 se le mostró una serie de diapositivas mostrando el procedimiento a seguir en la operación; Al grupo dos se le pidió utilizar el equipo del hospital y jugar el rol que mostraban las diapositivas; y al control se le puso a jugar con los experimentadores durante el mismo tiempo que los otros sujetos tardaban en su preparación (45 mins.) y no se les permitió tener ningún contacto con situaciones o equipo relacionados con su intervención quirúrgica. Los resultados muestran que los sujetos del grupo dos estuvieron significativamente menos ansiosos que el grupo uno y el control. Los autores concluyen que los datos positivos que se encuentran al permitir el conocimiento de lo que va a pasar, ayudan significativamente a la condición física y psicológica de los pacientes y que por lo tanto, este tipo de intervención debe formar parte del tratamiento en hospitales, particularmente cuando se trata de pacientes infantiles.

Otro ejemplo del trabajo del psicólogo en estos escenarios que aún cuando parezca sencillo forma parte de los requerimientos para un buen tratamiento médico, es el presentado por Friman, Finney, Rapoff y Christophersen, (1985) quienes evalúan la efectividad de la asistencia y puntualidad en la cita médica en una clínica pediátrica ambulatoria. A los participantes en el estudio se les mandaron telegramas y recordatorios telefónicos de la fecha de su cita. Se realizó un análisis de línea base múltiple de 5,261 citas, comprendiendo un año. Se mostró que esta intervención incrementó el porcentaje de citas y de puntualidad en las mismas, y consecuentemente los tratamientos médicos implicando ya sea curaciones o toma de medicamentos produjeron una mejora importante en la salud de los sujetos.

Una aproximación diferente es presentada por Croake y Myers, (1985) quienes emplean el método Adleriano como un medio de diferenciar entre la patología funcional y la orgánica, su técnica consiste en hacer una serie de preguntas "indagatorias" acerca de las sensaciones y sentimientos acerca de la enfermedad en cuestión. Se reporta un índice del 80% de confiabilidad al acertar en el diagnóstico,

la técnica aún cuando no es considerada como intervención, demuestra según los autores su bondad ya que puede ayudar a planear una estrategia más adecuada al problema detectado.

Los casos tratados en un hospital han mostrado ser muy variados, uno de los más frecuentes es el presentado por Chan, Salcedo, Atkins y Ruley, (1986) acerca del abuso infantil no sexual, o síndrome de Munchausen (MSBP) en el cual los padres crean la enfermedad del niño. En la literatura de los hospitales, se describe que estos niños mueren a menudo, además de sufrir innecesariamente de tratamientos médicos, este resultado tan negativo es debido a la dificultad de detectar el problema real. Como ejemplo se muestra el caso de veinte niños que en distintos momentos ingresaron al hospital por vómito crónico y frecuente, los autores describen que al entrevistar a los padres, alguno de ellos y en ocasiones ambos, presentaban problemas de conducta en su trato con los hijos y encontraron en todos los casos que se les obligaba a ingerir medicamentos y diuréticos que eran los que provocaban el problema. Sugieren que el papel del PP es el de detección real del problema, de enseñanza y terapia a los padres, enfatizando la necesidad de la presencia del psicólogo en el hospital, dada la poca práctica demostrada por los médicos para la detección y solución de casos como este.

Otro ejemplo de caso del trabajo del PP es el de Perry y Flanagan, (1986) al trabajar en escenarios aparentemente no relacionados con el medio de hospital, pero con sujetos con tratamiento médico. Consideran que es relevante tener en cuenta el impacto psicosocial y educativo que produce una enfermedad crónica como el cáncer, la espina bífida, enuresis y la encopresis entre otros. Estos investigadores trabajaron en el manejo del personal escolar y de los niños con estos problemas, utilizando reforzamiento y economía de fichas, encontraron que mejoró la actitud tanto de los maestros, de los compañeros de clase como de los pacientes. Recomiendan la necesidad de salir del hospital como parte del tratamiento

psicológico. Siguiendo con la misma idea, Hutchens y Hynd, (1987) elaboran una guía de entrenamiento para el personal escolar acerca de la forma de tratar y de dar el medicamento a niños enfermos. Presentan los conceptos básicos en medicación (neurolépticos, antidepresivos, antibióticos, etcétera) así como un registro de la administración diaria con fines de que el tratamiento sea adecuado y además revisado por el médico.

El estudio de la personalidad puede ser representado por el trabajo de Cunningham, McGrath, Ferguson & Humphreys, (1987) quienes estudiaron la personalidad y los factores conductuales de 10 niños y 10 niñas que sufrían de migraña y grupos apareados de niños con dolor musculoesquelético. Los instrumentos administrados a todos los sujetos fueron el Inventario de Ansiedad de Spielberger y la Escala de Depresión de Poznanski. Así mismo, se pidió a los sujetos que llevaran un registro diario de su dolor. Los resultados indican que las únicas variables discriminadas por los grupos fueron las somáticas, y que los factores conductuales y de personalidad considerados como característicos a la migraña infantil, también son comunes a otros dolores crónicos.

Otro tipo de caso que por estas fechas comenzó a presentarse con mucha fuerza en los hospitales y clínicas, es el descrito y ubicado por primera vez como trabajo particular de la PP por Brooks- Gunn, Boyer y Hein, (1988) y que está relacionado con el SIDA. Estos investigadores, empezaron a revisar la incidencia de este mal en los infantes (desde el punto de vista psicológico) analizando las conductas implicadas al detectar el mal, así como aquellas que podían llevar a los pequeños a su adquisición. A partir de este análisis, elaboraron un documento que actualmente se sigue utilizando en el sector salud de E.U. y donde señalan las estrategias de prevención y recomiendan una investigación dirigida hacia la alteración de las conductas asociadas con el SIDA.

Una intervención en donde el psicólogo también ha mostrado sus habilidades, es la presentada por Lefebvre y Arndt, (1988) con niños desfigurados, estos autores han trabajado y delineado los principios de prevención y tratamiento con pacientes infantiles facialmente desfigurados, su aproximación surgió de quince años de trabajo en un equipo de hospital del área craneofacial pediátrica. Uno de sus hallazgos demuestra la presencia de disturbios psicológicos severos los cuales deben ser tratados al mismo tiempo que el problema físico, y aún posteriormente a la recuperación. Esta es considerada como una de las áreas de trabajo más grande dentro de esta especialidad y el tipo de técnicas e intervenciones es muy variada.

En este punto, Olson, Holden, Friedman y Faust, (1988) realizan una evaluación del servicio de psicología en los hospitales, encontrando que las secuelas psicológicas más observadas en distintas enfermedades infantiles, se relacionan con depresión, intentos de suicidio, poco ajuste a la enfermedad y a la sociedad. Señalan que el 46% de los pacientes con enfermedades crónicas, presentan este cuadro psicológico. Por otro lado, en cuanto al trabajo del PP, el equipo médico y en general del hospital, reportan agrado y satisfacción con el desempeño de este profesionalista en relación al nivel de acuerdo en el diagnóstico entre médicos, enfermeras y psicólogos.

Una técnica de intervención que es muy utilizada en este ambiente es el entrenamiento en relajación, así, Mcgrath, Humphreys, Goodman y Keene, (1988) emplean un ensayo controlado al azar para evaluar la efectividad de esta técnica en el tratamiento de la migraña pediátrica. Este entrenamiento fue comparado con dos grupos control (placebo psicológico y "su mejor esfuerzo") en un total de 99 sujetos (de nueve a 17 años) con migraña frecuente. Se hicieron registros diarios de los dolores de cabeza siguiendo al tratamiento, tres meses después del tratamiento y un año de seguimiento. Los resultados demuestran que la intervención fue 100%

efectiva. Se confirma la importancia del uso de condiciones de control adecuadas para evitar el dolor.

En cuanto a la actitud asumida por los niños en un ambiente médico, el trabajo de Rifkin, Wolf, Lewis & Pantell, (1988) evalúa la consistencia interna de dos medidas diseñadas para determinar las percepciones de niños de seis a 14 años, las cuales estaban relacionadas a los atributos del médico y el agrado o no a la visita pediátrica. Se aplicaron el Cuestionario de Satisfacción Infantil (CSQ) y la Lista de Atributos Médicos (PAC) a 75 niños, inmediatamente después de sus visitas médicas a una clínica pediátrica ambulatoria. Los resultados determinan que el CSQ es fácilmente administrado e internamente consistente, el PAC fue moderadamente consistente y se correlacionaron con una medida de .53, para los autores, este dato demuestra que la visita era lo suficientemente desagradable como para señalar indicadores de mejora en el trato del médico a sus pacientes.

Por estas fechas y ya iniciando la década de los noventas, comienzan aparecer más trabajos (en esta especialidad) en relación al SIDA; Olson, Huszti, Mason y Seibert, (1989) examinan el dilema con que se enfrenta el PP en cuanto al derecho del niño de conocer su diagnóstico vs. el derecho de los padres a ocultarlo. El trabajo en este caso, se enfoca en ayudar a la familia a afrontar una enfermedad terminal y crear programas de educación pública para cambiar la actitud de la sociedad a los pacientes con este mal, así mismo, los autores consideran que siguiendo un modelo biopsicosocial, es válido emplear distintas técnicas de intervención.

En otro tipo de enfermedad, Smith, Dickerson, Saylor y Jones, (1989) describen los esfuerzos que implica trabajar con las familias de niños diabéticos (de ocho a 15 años) Las sesiones se enfocaron al conocimiento de lo que es la diabetes, así como a las relaciones y la comunicación familiar. Su evaluación sugiere que

enfocar retos similares de manera individual y familiar es la forma más benéfica de ayudar a estos pacientes.

Uno de los retos que siempre está presente en la PP es el tratamiento al dolor que acompaña a muchas enfermedades infantiles, así, Finney, Lemanek, Cataldo y Katz, (1989) reportan un trabajo con 16 niños de entre seis y 13 años de edad con dolor abdominal recurrente: se les dio una terapia multi-componente, que incluía; auto monitoreo, atención limitada de los padres, entrenamiento en relajación y dieta basada en fibra. Después del tratamiento, se encontró mejora significativa en el dolor abdominal en 13 sujetos. Así mismo, decrementó considerablemente el uso del cuidado médico. Los resultados sugieren que el cuidado primario adecuado debe ser implementado en los servicios de la medicina conductual en el sistema de salud.

Otra de las funciones básicas del PP es la de prevención; un ejemplo de ello lo dan Webne, Kaplan y Shaw, (1989) al evaluar la eficacia de una estrategia para prevenir las quemaduras con agua hirviendo en una población de alto riesgo (niños pequeños). Distribuyeron panfletos educativos indicando las condiciones para prevenir las quemaduras. Se visitó a los sujetos seleccionados de entre los usuarios del servicio médico de una clínica infantil, después de haber repartido el panfleto y de recibir una breve conferencia en el momento de esperar la entrada a consulta. Se les presentó un cuestionario para sondear lo que habían aprendido, desgraciadamente los resultados encontrados, demuestran que no hubo un cambio importante en cuanto a la actitud de prevención en el hogar. Los autores recomiendan un trabajo más elaborado para la prevención de quemaduras.

Comparando dos técnicas de tratamiento, Smith, Ackerson y Blotcky, (1989) evalúan la hipótesis de que acoplando los estilos de afrontamiento en el niño (distracción, información sensorial) con las intervenciones conductuales (como la desensibilización), durante los procedimientos médicos, se podrían reducir los reportes de dolor y miedo. Los sujetos fueron 28 niños de seis a 18 años con cáncer.

A un grupo se le presentó la combinación de técnicas y a otro sólo la técnica de afrontamiento. Se encontró que la técnica combinada dio reportes de más dolor que el solo afrontamiento, los autores no argumentan la razón de esto, aunque argumentan que es posible que los sujetos en la vida diaria se encuentren más con situaciones de afrontamiento y por lo mismo, tienen más práctica informal en esta situación.

En cuanto a la prevención considerada como parte inseparable de la PP, el instructivo ha sido empleado como herramienta para la misma, es por esto que algunos trabajos se abocan a su evaluación como es el caso del presentado por Cornwall, (1990) al examinar el grado en el que 170 padres y profesionales relacionados con 80 niños, estaban satisfechos con el uso de instructivos en un departamento de psicología de un hospital pediátrico. Los reportes fueron favorables en términos de comprensión, valor explicativo y utilidad. Sin embargo, fueron los padres los que manifestaron mayor interés, sugiriendo que todo procedimiento de la institución debía estar con su respectivo instructivo, lo cual no fue apoyado por los médicos. Sin embargo, se recomienda la elaboración de los mismos para todo escenario del sector salud.

Otro ejemplo del uso de técnicas conductuales (Friman y Warzak, 1990) examina el diagnóstico, incidencia, etiología, fisiología y tratamiento de la enuresis nocturna. Los antidepresivos, antidiuréticos y antiespasmódicos, son los tratamientos más utilizados, aún cuando se consideran como inapropiados por sus riesgos potenciales para la salud del niño y su cuestionable efectividad a largo plazo. Se argumenta que los métodos conductuales para las habilidades de entrenamiento en continencia son más seguros y más efectivos que el tratamiento con drogas. Los métodos sugeridos incluyen la alarma urinaria, el entrenamiento para controlar la retención, los ejercicios musculares, control de horarios, sistemas de reforzamiento y el auto monitoreo, todos estos considerando la dimensión y características del

problema individual de cada sujeto. Los autores mencionan que tales métodos ya forman parte de los tratamientos psicológicos en el Hospital Infantil de Filadelfia.

Por otra parte, la medición de los efectos psicosociales se presenta con cinco pacientes pediátricos diagnosticados como portadores del virus de inmunodeficiencia (HIV), el cual fue adquirido a través de transfusión sanguínea, las consecuencias de este diagnóstico tuvieron un poderoso efecto social en los pacientes, su familia y sorprendentemente en el mismo escenario médico donde fue detectado. Uno de los efectos en el hospital fue que estimuló la reflexión sobre las suposiciones, motivaciones y satisfacciones del tratamiento, además de promover el deseo de ser entrenados para el manejo adecuado de este tipo de pacientes, lo cual permitió el desarrollo por parte de la investigadora, de todo un programa para el manejo de futuros pacientes con este problema (Farber, 1990).

Una de las tendencias que se vislumbran para la década de los noventa en esta especialidad, es el empleo de técnicas neuropsicológicas, un ejemplo de ello es el trabajo de Rovet, Ehrlich y Czuchta, (1990) quienes analizaron las funciones neurocognitivas en 63 pacientes de reciente ingreso, diagnosticados con diabetes mellitus dependientes de insulina. En el momento de su diagnóstico, se les aplicó una escala de habilidades generales (t-0), un año después, se les administró una prueba apropiada a cada edad (cinco-12 años) de habilidades verbales, visuales y espaciales (t-1). Se empleó un grupo control al que le fue aplicada la escala general, antes y después del año. Los resultados no revelaron ninguna diferencia entre ambos grupos para la prueba t-0. Sin embargo, los sujetos de la prueba t-1 mostraron al año una baja importante en su habilidad espacial y verbal. Estos resultados fueron comparados con un estudio tomográfico, encontrando una amplia correlación, ya que se encontró que aparecían periodos críticos de sensibilidad en diferentes partes del cerebro a los efectos de la diabetes. Rovet, et al, consideran a este trabajo como todo un logro de la psicología en su relación con la medicina,

recomendando esta correlación como útil para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Otra investigación relacionada con el cáncer infantil, analiza las consecuencias que produce la actitud de los padres y familiares con estos pacientes. Explora las respuestas psicológicas al niño y observa los efectos del conocimiento de los parientes sobre la enfermedad en cuestión, utilizan un cuestionario diseñado ex profeso, encontrando que el conocimiento acerca del cáncer estaba relacionado a la competencia social de los parientes, pero no a la prevalencia de las conductas problema colaterales, se muestra que el entrenamiento a la familia es de enorme importancia para el mejor ajuste del paciente y que no solo la atención y la ayuda en el seguimiento del tratamiento era lo único, sino también la comprensión del por qué del comportamiento del paciente (Sarafino, 1994).

De los siguientes años a la fecha, los psicólogos han seguido trabajando en toda la variedad de casos ya descritos, con las técnicas y procedimientos mencionados, muchos ya son vistos actualmente como posibles de tratar, por lo que además de éstos, la atención se ha vuelto al manejo de las enfermedades crónicas y terminales. Se podría decir que en los últimos años, el interés se ha centrado en los problemas relacionados a estas enfermedades, sin que esto implique el olvido de otros padecimientos.

Sarafino, (1994) presenta algunas generalidades de como el psicólogo debe trabajar en estos casos. Menciona en el caso de las enfermedades crónicas, que las reacciones iniciales de los niños siguen tres fases: comienza con un asombro ante la situación, debido al desconocimiento real del problema, a esto le sigue una reacción encontrada de desesperanza y de solicitud de ayuda y finalmente una reacción de rechazo que se muestra como rebeldía y enojo. Sugiere que el ajuste depende del

proceso de afrontamiento que se use, el cual se vincula con trato y el ambiente familiar, donde debe buscarse el mantenimiento de relaciones positivas y por supuesto el empleo de cualquiera de las técnicas que sean necesarias y que emplea la PP. La adaptación a largo plazo ocurre cuando el paciente y su familia se ajustan a los requerimientos de cambio de estilo de vida, físico, psicológico y social. El mismo autor, considera que las principales enfermedades crónicas infantiles son: asma, daños al sistema nervioso, epilepsia, diabetes, artritis juvenil, y fibrosis cística. Los métodos de intervención involucran educación y servicios de apoyo, relajación, y retroalimentación, aproximaciones cognitivas y conductuales y terapia orientada a la familia. En el caso de las enfermedades terminales, el autor argumenta que para el niño es difícil tener claro el problema porque no sabe el significado de la muerte, ya que antes de los cinco años piensan que ésta es como vivir en otro lugar del que se puede regresar o evitar, por los ocho años, comprenden que la muerte sucede, que es final y que involucra la ausencia de las funciones corporales. Por otro lado, los adolescentes reaccionan tratando de impedir su muerte, con fuertes sentimientos de furia y de estrés emocional. Una situación típica a estos casos es cuando los padres deciden ocultar el problema para evitar el daño emocional, sin embargo, cuando el niño tiene una edad escolar, puede darse cuenta de la gravedad de su enfermedad y mostrar mayor ansiedad. La sugerencia dada es que el conocimiento de que están muriendo debe desarrollarse de manera gradual: reconocer que están gravemente enfermos, después comprender que están continuamente enfermos y que no se pondrán mejor y finalmente aprender que ya están muriendo. El mismo autor menciona que actualmente los especialistas en niños creen que éstos deben saber tanto como sea posible acerca de su enfermedad, o tanto como puedan comprender. Las principales enfermedades terminales son: los problemas cardíacos, el cáncer, el SIDA y los accidentes en el hogar y la calle. Como en los casos anteriores, la intervención debe proveer apoyo emocional, físico,

social e incluso espiritual. En algunos casos se ha encontrado efectiva la terapia de grupo con niños de la misma edad y por supuesto, se recomienda el trabajo con la familia para que apoyen adecuadamente al paciente.

Los casos presentados sin duda no son todos los existentes, pero sí representan lo realizado por los psicólogos durante casi dos décadas, varios años en que han mostrado la validez y necesidad de su trabajo, en un lugar en el que sólo los médicos tenían cabida y en donde el psicólogo aplicaba pruebas y se limitaba a dar terapia de apoyo cuando le era requerida. Estos ejemplos nos muestran que también es necesario trabajar en los aspectos psicológicos y sociales de un paciente, para que pueda reaccionar y afrontar adecuadamente sus problemas de enfermedad ya sea ésta pasajera, crónica o terminal.



ESTA ES LA  
SALA DE LA  
LIBRERIA



## CAPITULO 4.

---

### ESTADO ACTUAL DE LA PP.

Después de presentar los aspectos generales de desarrollo, forma de trabajo y ejemplos de casos particulares, es necesario dar una visión de cómo actualmente está formalizado el trabajo del psicólogo en un hospital, como parte de un enorme equipo encargado de promover la salud; en este punto, haremos mención de las condiciones actuales de esta área, principalmente en Estados Unidos ya que hasta el momento es el que lleva la delantera en el establecimiento de la PP, con una organización muy completa, ya legalizada, reconocida, y por ende, con una buena cantidad de datos reportados en las revistas editadas específicamente para este tema (por ejemplo: *Journal of Pediatric Psychology*), lo cual permite el acceso y conocimiento del surgimiento, desarrollo y avance de todos los tópicos relacionados. A nivel mundial, en algunas ciudades de Canadá, Japón y Europa se ha empezado a adoptar esta disciplina, aunque todavía sin un reconocimiento tan formal y legal, y con una información aún dispersa en distintas publicaciones. En América Latina, el conocimiento e implementación de esta área es todavía más raquítico, sin duda existen trabajos enfocados al tema, pero aislados y no ubicados como parte de la disciplina en cuestión, lo cual no permite el conocimiento real del

estado en el que se encuentra. En cuanto a México, se presentará lo poco o casi nada encontrado, ya que no hay referencias publicadas en lo específico y que el trabajo del psicólogo en el ambiente médico es prácticamente desconocido.

### *1. Condiciones de la PP en Estados Unidos.*

El sistema de salud en los Estados Unidos está compuesto por un enorme equipo de trabajadores y profesionistas quienes difieren en cuanto a su papel y especialidades. La ventaja que ven al organizar el sistema en especialidades es que los pacientes pueden recibir la ayuda más experta para cada aspecto de determinado tratamiento con una continua comunicación. Se considera que el hospital es el que facilita la promoción de la salud, ya que cuenta con equipos sofisticados y además agrupa a todas las especialidades, como resultado, dan una amplia variedad de servicios, desde emergencias, diagnósticos, tratamientos, rehabilitación y servicio social. Cuando es necesario un tratamiento, la mayor parte de los ciudadanos pagan gran parte del costo a través de un seguro, otros individuos lo cubren por medio de dos programas gubernamentales: el "Medicare" para las personas de edad madura y el "Medicaid" para las de bajos recursos. La innovación actual consiste en la implementación de programas para la salud, el más común es el *health-maintenance organization* (HMO), el cual carga un impuesto anual a sus miembros, quienes pueden usar cualquier hospital o clínica sin cargo adicional y cubre cualquier enfermedad (Wenneker, Weissman & Epstein, 1990).

Un dato interesante es el encontrado por Sarafino, (1994) quien reporta que el mayor número de usuarios se encuentra en la población infantil, dado que las revisiones son más frecuentes, ya sea por vacunaciones como por que desarrollan una gran variedad de enfermedades características a su edad. El contacto con el

médico, va decreciendo en la población adulta joven y vuelve a incrementarse en la edad madura, la que presenta enfermedades crónicas. Así mismo, el autor describe la organización estructural de los hospitales: se inicia con una junta de administradores, cuyos miembros son profesionales de alto nivel en los negocios. Estos profesionales se limitan a la mera planeación y manejo de la institución, en el siguiente nivel de autoridad, se encuentran los *administradores* del hospital que se encargan de los asuntos cotidianos, como es la adquisición de equipo, medicamentos, alimentos y los servicios de mantenimiento. En otro nivel se encuentra el *equipo médico* que es responsable exclusivamente de la salud de los pacientes, éste se compone con los *residentes*, quienes se han graduado recientemente de las escuelas y los médicos de *alto reconocimiento*, cuya función incluye tanto el tratamiento a usuarios como la enseñanza a residentes. El siguiente nivel lo conforman las enfermeras cuya función es el cuidado y manejo de los pacientes. El psicólogo ya está considerado formalmente como parte del *equipo médico* en todas sus divisiones e incluso su presencia es considerada como obligatoria. De manera general, su trabajo consiste en corregir los factores que producen problemas para ayudar a los pacientes en la recuperación y prevención de la recurrencia de su enfermedad. Ayudan a afrontar la enfermedad, el tratamiento médico, incapacidades físicas o deformidades, condiciones terminales y depresiones. Así, el número de psicólogos trabajando en los hospitales de Estados Unidos crece cada día ( Enrigh, Resnick, DeLeon, Sciara & Tanney, 1990).

#### ***Esquema general de trabajo del Psicólogo con los pacientes hospitalizados.***

Los pacientes que requieren ayuda psicológica son enviados generalmente por los médicos, sin embargo, en la actualidad el psicólogo como parte del equipo, se encuentra presente desde la entrada de cada paciente, ya que son los únicos que

están entrenados para identificar los posibles signos de estrés o problemas conductuales (Jones, Mabe & Riley, 1989). Una vez detectado el problema, se realiza una entrevista al usuario y al mayor número posible de sus familiares, para iniciar la detección del problema y su historia. Algunas veces la impresión resultante es suficiente para que el psicólogo entrenado decida cual será la ayuda, aunque si es requerida más información, se utilizan las pruebas psicológicas. Como es conocido, existen cientos de instrumentos para evaluar una gran variedad de características psicológicas de las personas. La prueba que administre este profesional dependerá del tipo de enfermedad o problema (Sweet, 1991). Por ejemplo, los pacientes con serios daños o traumatismos en la cabeza y signos de problemas neurológicos, son evaluados con pruebas de inteligencia, habilidades académicas y funciones perceptuales y motoras específicas. Algunos de los instrumentos más ampliamente utilizados en los hospitales evalúan las necesidades y problemas psicosociales (Piotrowski & Lubin, 1990). La prueba de personalidad más empleada es el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), la que evalúa haciendo preguntas sobre sí mismo y revela aspectos de la personalidad. Aunque el MMPI fue desarrollado para caracterizar personalidades correspondientes a desordenes psiquiátricos, partes de la prueba aportan importante información acerca de los ajustes emocionales de los pacientes de hospital, tres de sus escalas son las que generalmente se usan: hipocondriasis, depresión e histeria (Adler, 1990). En el caso de los infantes, las pruebas ya aplicadas como rutina son la *Hospital Fears Rating Scale* de Scherer & Nakamura, (1968) que mide la ansiedad específica y situacional, y la *Children's Manifest Anxiety Scale* de Castaneda, Mc Candless & Palermo, (1956). En otros casos, la evaluación es aplicada a los padres para evaluar los factores psicosociales y de toma de decisiones como es el caso de el *Millon Behavioral Health Inventory* (Green, 1985), la *Psychosocial Adjustment to Illness Scale* (Derogatis, 1986). Actualmente, se han comenzado a desarrollar nuevos

instrumentos específicamente con el propósito de evaluar las necesidades y problemas psicológicos de los pacientes de hospital.

Una vez que el psicólogo determina la naturaleza y grado del problema, se decide que técnicas terapéuticas deben ser aplicadas. Como se revisó en el Capítulo 2, existen varios tipos de intervención, aunque las reportadas como más empleadas son las cognitivas y conductuales. Uno de los esquemas básicos ya instituido y que forma parte del trabajo del PP es el relacionado al ajuste emocional del niño al hospital, estudios realizados en los cincuenta, revelaron que la mayoría de los niños que eran hospitalizados no estaban preparados para esta experiencia, esta situación ha cambiado desde entonces, ya que ahora una de las políticas es prepararlos para su estancia (La Greca & Stone, 1985). La preparación de los niños se inicia con la información de los padres sobre el problema, lo cual les es requerido por el psicólogo, cuando ya es admitido, debe ser acompañado por uno o ambos padres quienes lo deben acompañar hasta que está instalado en su cuarto e incluso quedarse en el mismo cuando el niño es muy pequeño. Todos los hospitales tienen la obligación de seguir esta regla por ley gubernamental (Melamed, Dearbon & Hermecz, 1983).

Los hospitales emplean cuatro aproximaciones para la preparación psicológica, las cuales son diseñadas para dar información tanto a los padres como al niño. Una simplemente involucra la distribución de panfletos que dan información acerca de las rutinas del hospital y de los procedimientos médicos, en la segunda, el personal del hospital discute las rutinas y procedimientos con padres y niños, la tercera implica el uso de muñecos y una actividad de juego que demuestra los procedimientos médicos, como cirugía y cateterización, estos tres métodos son los más comúnmente utilizados (LaGreca & Stone, 1985). La cuarta aproximación usa un video, el empleo de éste fue evaluado por Melamed & Siegel, (1975) con niños de cuatro a 12 años de edad asignados a dos grupos, uno observó el video y el otro

una película sobre el campo. El video es conocido como "Ethan tiene una operación". Las medidas utilizadas fueron la sudoración, una escala de ansiedad y registros observacionales. Los resultados de las tres medidas revelaron que los niños que vieron la película de Ethan tuvieron menos ansiedad antes y después de la operación que los que vieron el video irrelevante. Se encontraron resultados similares en otros estudios, agregando que estos pacientes se recuperaban más rápidamente (Pinto & Hollandsworth, 1989).

Por otro lado, es obligatorio que las enfermeras reciban entrenamiento especial de acuerdo a las necesidades de los niños, tanto en su trato como en el manejo del equipo a utilizar en ellos, así mismo, el hospital debe tener salas de juego donde los pacientes puedan interactuar de manera que su estancia sea lo más agradable posible y no les cree problemas emocionales a largo plazo (Manne, Bakeman, Jacobsen, Gorfinkle, Bernstein & Redd, 1992).

Así mismo, el psicólogo interviene en tres niveles: el *primario* que comprende la detección de factores de riesgo desde el momento de la concepción hasta el nacimiento, programas de inmunización y cambios de estilo de vida, el *secundario* que implica acciones para identificar y tratar las enfermedades en un estadio temprano, y el *terciario* que involucra acciones sobre la enfermedad ya presente y que pueden ser de intervención y tratamiento, así como de procuración del bienestar del paciente (Sarafino, 1994). De manera general, estos son los requisitos mínimos solicitados a todos los hospitales en cuanto al trabajo del PP, dichos requerimientos ya han sido reglamentados y aprobados por el gobierno federal.

Como puede verse, el panorama es muy alentador, pero atrás de todos estos logros se dio una lucha a distintos niveles, políticos, administrativos e incluso económicos. En el siguiente apartado, se describirán algunas de las situaciones que permitieron la entrada formal de la Psicología de la Salud y de la PP en los hospitales de los Estados Unidos.

*Inserción de la profesión psicológica en el Sistema de Salud de E. U.*

En las dos últimas décadas la evolución de la psicología de la salud como profesión fue debida en parte al gran número de psicólogos entrenados como clínicos, Dorken, Stapp & VandenBos, (1986) reportaron que el número de psicólogos implicados en el cuidado de la salud incrementó de 20,126 en 1974 a 45,536 en 1985. Desde 1977, en un acto llamado "Missouri Psychology Practice", se logró la certificación como una profesión autónoma en todas las jurisdicciones de la nación (DeLeon, Donahue & VandenBos, 1984). En 1987, el "Medical Program of the Uniformed Services (CHAMPUS) reportó que los psicólogos habían reemplazado a los psiquiatras en la administración de atención en los hospitales y que además se había ahorrado la tercera parte del presupuesto para la salud tanto en tiempo como en costo. Debido a esto, la Suprema Corte de Justicia, aclaró que los psicólogos y los psiquiatras estaban al mismo nivel profesional y que cualquier regulación política que limitara la competitividad entre estas dos profesiones debía estar sujeta al escrutinio del Estado (Enright, Resnick DeLeon, Sciara & Tanney, 1990). Ya desde 1984, se modificaron las reglas que restringían a los no médicos de servir en un hospital, la presión para esto fue ejercida por la APA, como resultado, se concedieron a los psicólogos los mismos privilegios que a los médicos (DeLeon, 1988). La premisa básica de estos logros descansa en la competencia mostrada al tratar y solucionar problemas en el área, esta es entendida como relacionada al grado de competencia, ya que el entrenamiento de este psicólogo requiere del grado de Doctor el cual se adquiere después de 7.1 años de estudio e incluye cursos en desarrollo humano, conducta y patología, la práctica comprende diagnóstico y tratamiento, además de un internado de un año en el escenario clínico (Kurz, Fuchs, Dabek & Helfrich, (1982). Posteriormente, se requirieron cursos con un alto grado

de exigencia sobre la cualidad y consistencia de la cognición o funcionamiento cerebral y el uso de pruebas neuropsicológicas, estas evaluaciones han mostrado una evidencia objetiva acerca de la integridad del funcionamiento del cerebro, así como las direcciones para la rehabilitación (Brief amicus, 1989). En cuanto a los escenarios para proveer el servicio, se especifica que deben darse necesariamente en lugares institucionalizados (clínicas y hospitales), este nivel de entrenamiento prepara al psicólogo para funcionar totalmente en los hospitales (Burns, DeLeon, Chemtso, Welch & Samuels, 1988).

Todos los autores revisados. Concluyen que los psicólogos tienen ya ganada la autoridad para diagnosticar y tratar los problemas psicológicos con y sin la consulta a otros profesionistas. Por otro lado, la APA ha asumido el liderazgo en cuanto al rol de este especialista en los hospitales publicando documentos legales como: a) A Hospital Practice Primer for Psychologist, el cual informa de la entrada legítima de los psicólogos en los hospitales, del tipo de entrenamiento requerido, así como de las cuestiones legales, b) Hospital Practice: Advocacy Issues, donde se da información sobre los salarios y sobre el plan de organización con el equipo médico, c) Manual on Alternative Health Care Systems, el cual determina el papel que ejerce en ese sistema y d) Guidelines on Hospital Privileges, el cual presenta una guía de como obtener la certificación y privilegios para el trabajo en el hospital (Enrigh, Resnick, DeLeon, Sciara & Tanney, 1990). Estos últimos autores, también consideran que los psicólogos no deben esperar para ganar sus derechos como verdaderos profesionales de la salud sin pelear, refiriéndose al axioma *nec temere, nec timide* (ni temeroso, ni tímido) para negociar una mayor libertad de práctica en el sistema de salud. Recientemente, Broskowski, (1995) presenta un trabajo en donde analiza la legislación propuesta por el presidente Clinton acerca de la reforma al sistema de salud, la cual fue rechazada, sin embargo, considera que surgirá un fuerte movimiento en donde las aseguradoras privadas manejarán la totalidad de la

atención médica, y que esta competencia del mercado privado presentará retos y oportunidades para la psicología como ciencia y profesión, de tal manera, que los psicólogos deben modificar significativamente su actual ejercicio para que los programas de entrenamiento e intervención sean breves y eficaces para reducir costos y tiempos. De todo esto, deriva que las instituciones educativas deben reorganizar sus curriculum considerando los posibles cambios; enfatizando la práctica multidisciplinaria y multiespecialidad, dirigiéndose a la solución de aquellos problemas difíciles de tratar y realizando proyectos de investigación más allá de los diseños y estadísticas tradicionales.

Por otro lado, en un artículo presentado por Nickelson, (1995) se describe una entrevista realizada a Russ Newman JD, PhD, como director de la oficina de Asuntos Profesionales de la APA, con respecto al futuro de la Psicología en el nuevo mercado. El Dr. Newman analiza el papel del psicólogo de la salud de la siguiente manera: el papel del psicólogo hasta la fecha (1994) no ha sufrido cambios, sin embargo dada la propuesta del presidente Clinton, en donde ya no se cuestiona el papel de este especialista, sino que se da por hecho su presencia, la pregunta actual debe ser, ¿como debe reorganizarse y como puede aumentarse en el plan de reforma?, solo a través de la organización en base a los principios de la mercadotecnia, teniendo claras estas bases, es posible que el psicólogo pueda ser competitivo lo cual lo llevará necesariamente al desarrollo de nuevas técnicas y habilidades para poder responder a la integración del mercado de trabajo, por ejemplo, un psicólogo que pueda ejercer en conjunción con un grupo de internistas, puede realizar todo el trabajo relacionado a la salud mental de un paciente mientras soluciona los componentes psicológicos que están relacionados con la enfermedad en particular, si se tiene esta creatividad se podrá prosperar en el futuro. Así mismo, el entrevistado considera que la psicología en esta área ya tiene grupos con entrenamiento diverso (psicólogos pediátricos, de rehabilitación, neuropsicólogos,

etcétera) los cuales pueden dominar un amplio espectro de servicio, y que si esos grupos se alinean como uno solo en cuanto a sus mecanismos de trabajo, dominarán el mercado de trabajo en el futuro inmediato.

Esto está llevando a la Psicología a redefinirse como una verdadera profesión en el cuidado de la salud lo cual reconceptualizaría el servicio hacia la prevención-orientación, esto se hace actualmente y ya es posible darse cuenta de la enorme demanda que los hospitales están haciendo de psicólogos entrenados de primer nivel, aún así, en estos momentos se está trabajando en una agenda legislativa complementaria en donde se reordena todo el quehacer del psicólogo de la salud, contemplando la entrada de un futuro cercano el cual incrementará la competencia, dado que los programas Medicare y Medicaid crearán grupos integrados de trabajo los cuales evaluarán el papel de la psicología, por lo tanto, es necesario demostrar la efectividad de los métodos de trabajo empleados a través de la alta especialidad (Johnstone et al , 1995).

Esta descripción del estado actual de la Psicología de la Salud nos muestra el grado de avance tan importante que existe en el país vecino, lo cual nos puede servir de ejemplo para poner más atención en esta área que en México ni siquiera es considerada. Por otro lado, nos permite darnos cuenta de las habilidades que tiene el psicólogo y que en muchos casos son subvaluadas hasta por ellos mismos.

En el siguiente apartado se presenta el estado de la disciplina (psicología de la salud y PP) en México, el cual como veremos no es muy alentador y sí bastante raquítico.

## *2. Condiciones de la PP en México.*

### *Desarrollo contemporáneo de la Psicología General.*

Durante los sesenta, la psicología en México sufrió cambios importantes en cuanto a la investigación, la enseñanza y la práctica. El número de alumnos creció en las distintas dependencias donde se impartía la carrera de psicólogo, lo que llevó a la mejora de los programas de estudio en cuanto al incremento de prácticas en escenarios naturales. Otro desarrollo que dio relevancia a la psicología fue en el área de la psicometría, ya que en 1963 se empezó a adaptar y traducir una serie de pruebas que ayudaron a organizar investigaciones transculturales sobre desarrollo humano (Valderrama, 1985). Posteriormente, Colotla & Gallegos, (1978) describen que en 1966 se realizó una reforma a los planes de estudio en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), surgiendo un programa de cinco años con la posibilidad de especialización en clínica, educativa, industrial y social. En cuanto a la difusión, se realizó el primer congreso de Psicología en la ciudad de Jalapa en el año de 1967, organizado por la ya existente Sociedad Mexicana de Psicología, el objetivo de este congreso fue el de dar a conocer la producción de investigación y el ejercicio profesional del psicólogo mexicano (Díaz Guerrero, 1980).

Al principio de los setenta, en el entonces Colegio de Psicología, los psicólogos con orientación experimental, buscaron una opción diferente a las aproximaciones psicoanalíticas, esta corriente impulsó el cambio de plan de estudios que culminó en 1971 con un nuevo currículum que en la actualidad permanece casi inalterado (Díaz Guerrero, 1980; Valderrama, 1985). Esto propició que la carrera de psicología se

convirtiera en una Facultad independiente en el año de 1973, por otro lado, también la Escuela de Psicología de la Universidad Iberoamericana (UIA), obtuvo su autonomía de la Secretaría de Educación Pública para elaborar sus propios planes de estudio (Meneses, 1976). En este mismo año, y como consecuencia académica de los eventos sucedidos, se obtiene el reconocimiento oficial de la Psicología por la Dirección General de Profesiones, a partir de este momento, se requiere de la cédula profesional para el ejercicio de la disciplina en México.

Durante estos años e inicios de los ochenta la Psicología Mexicana se vio inmersa en diversas corrientes: conductista, gestalista, psicoanalítica y humanista, incrementándose las cognitivas, psicodinámicas y sociales (Harrsch, 1994). A finales de los ochenta se crearon la *Sociedad Mexicana de Psicología*, la *Sociedad Mexicana de Psicología Clínica*, la *Asociación de Psicólogos Industriales*, la *Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta*, el *Colegio de Psicología* y la *Asociación Mexicana de Terapia Familiar* (Lartigue & Vives, 1990). Por otro lado, se editaron la *Revista de Psicología*, la *de Enseñanza e Investigación en Psicología* y la *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta* (consideradas como las más reconocidas) así como revistas de psiquiatría, neurología y psicoanálisis entre muchas otras. En cuanto a los programas de estudio, se encuentra aparte de los curricula de licenciatura, programas de posgrado, de maestría y doctorado (López, Parra & Guadarrama, 1980). Se puede decir que actualmente y gracias a los avances obtenidos, la Psicología se hizo independiente de la filosofía y de la medicina también es evidente el desarrollo progresivo de la carrera, considerando que es muy poco el tiempo que le ha llevado el tratar de ser una disciplina en todo el sentido de la palabra. Durante los ochenta e inicios de los noventa, se ha logrado un estatus importante y se ha empezado a establecer una identidad, de acuerdo a Castaño, (1989) aunque prevalecen las diferencias teóricas y metodológicas, parece que se ha iniciado una mayor tolerancia y aceptación entre los psicólogos con diferentes

tendencias, y que esta tolerancia aún se está construyendo en función de las demandas sociales y de los avances propios de la disciplina.

Sin embargo, Lafarga, (1992) considera que aún prevalecen las mutuas descalificaciones entre tendencias, canalizando la energía más a la lucha sectorial y de poder que a la consolidación de la identidad profesional, lo cual ha estancado el desarrollo de la disciplina e identidad del psicólogo, también considera que esta lucha es inútil dado que no se cuenta con un paradigma epistemológico-metodológico que integre el campo de la psicología ni en México ni en ninguna parte del mundo. Por otra parte, Ribes (1984) sostiene que la psicología mexicana es ecléctica, sin fundamento en la investigación y la práctica social, que es solo un proyecto de ciencia y que como profesión se configuró no como consecuencia de la aplicación de un conocimiento, sino como la acción práctica frente a las demandas sociales del momento, el mismo autor considera que el ejercicio de la psicología en México, no puede construir una identidad propia en relación a otras profesiones, por la conflictiva intrínseca al planteamiento mismo de la disciplina, en este tenor, no puede ser una profesión, pero sí una disciplina que debe aplicarse a la solución de problemas sociales, y que sólo tendrá identidad profesional cuando se le pueda concebir como un conocimiento científico. Valderrama & Molina (1990) señalan que falta mucho trabajo colectivo por hacer para el desarrollo de la psicología en el país y que hasta el momento no se vislumbra tal posibilidad por la academización y pérdida de interés en los aspectos sociales, lo que limita el espectro de investigación en escenarios fuera del ámbito académico, esto sería posible siempre y cuando exista una actitud de identidad gremial donde la pluralidad y multiplicidad de enfoques sea respetada.

Actualmente, y a pesar de este panorama nada promisorio, se han aportado avances (aunque no integrados) de investigación en las áreas de: factores de riesgo, prevención para problemas de salud mental, aplicación de principios psicológicos

en situaciones de desastre, deterioro ambiental, neuropsicología, psicología social y comunitaria y en la psicología general (Sánchez Sosa, 1991). Concluyendo en base a los argumentos vertidos por estos autores, se puede decir que la psicología en México todavía tiene mucho por hacer y que para poder hablar de su avance real, se debe compartir la producción, el desarrollo teórico y metodológico, tanto en el terreno académico, como en la investigación y en el ejercicio mismo, lo cual como hemos visto, no ha sido posible hasta la fecha.

La prospectiva presentada es importante para el tema de interés en este trabajo, ya que permite darse cuenta del desarrollo y estado actual de la profesión en México, lo que de alguna manera puede explicar, aunque no justificar la casi nula existencia de la Psicología de la Salud y por ende de la Psicología Pediátrica. En el siguiente punto se comentarán algunas aportaciones relacionadas al tema.

#### ***Algunos aspectos de la Psicología de la Salud en México.***

El por qué de un título que no menciona a la PP en particular, se justifica por el hecho de que en la búsqueda de material relacionado, no se encontró nada ubicado a esta área, no existe dentro del lenguaje general de los psicólogos mexicanos y por tanto los trabajos e investigaciones del tema son prácticamente inexistentes. Sin duda, existen muchos trabajos relacionados al desarrollo infantil, al cuidado de la salud mental en el niño, problemas en el niño, investigaciones y aplicaciones en psicología clínica y educativa, estudios sociales con la comunidad, rehabilitación, trabajos en neuropsicología, etcétera. Sin embargo, aún cuando estos estudios pudieran relacionarse a la Psicología de la Salud y la PP, no pueden considerarse como representativos ya que no forman parte de un interés sobre el trabajo del psicólogo en el ambiente médico, ni forman un grupo de investigación abocado a la solución de problemas en el sector salud, no están delineados para este propósito, ni

pretenden conformar un intento de consolidación en esta área de trabajo. Aún así, fue posible encontrar dos ejemplos importantes que muestran interés en la Psicología de la Salud en lo general, más no en la PP en lo particular, se presentan éstos, porque muestran el intento más consistente que fue posible encontrar.

Uno de ellos es el análisis conceptual elaborado por Ribes, (1991) sobre psicología y salud, quien reconoce que no es especialista en el tema, pero que sin embargo, resulta interesante, si tomamos en cuenta que no existe otra obra parecida elaborada por un psicólogo (cabe aclarar, que el trabajo surgió como interés del Laboratorio de Conducta de la Universidad Autónoma de Barcelona). El autor argumenta que el uso del modelo médico y el modelo sociocultural deben "intersectarse" a lo largo de un eje vinculador, el cual es el comportamiento ya que éste es la práctica de un organismo biológico que se encuentra inmerso y regulado por situaciones socioculturales. El conocimiento de este comportamiento es lo que permite concebir la influencia de las variables macroscópicas del ambiente sobre el organismo biológico. Formula una serie de supuestos que delinean la dimensión bienestar-enfermedad, planteando que la salud, es un concepto integrador de dos dimensiones diferentes: la social y la biológica, concibiendo a la social como el bienestar y a la biológica como ausencia de enfermedad, insistiendo en que el organismo no está aislado, sino que evoluciona ontogenéticamente a partir de un medio que le puede proporcionar influencias nocivas y ciertas carencias, este medio es el social y cultural a través de los cuales operan los agentes dañinos (agentes fisicoquímicos y biológicos), es así, que "en última instancia, la prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando. Esta es la dimensión psicológica de la salud". Partiendo de lo anterior, Ribes, plantea un modelo psicológico que implica no solo conocer el proceso biológico y las condiciones sociales, sino conocer las medidas efectivas para alterar la práctica cotidiana de los organismos, con el fin de intervenir,

prevenir, curar y rehabilitar. Su modelo implica dos categorías: los procesos psicológicos que vinculan lo biológico con las acciones en un medio sociocultural y por otro lado, las consecuencias de dichos procesos, en cuanto a la funcionalidad del comportamiento, la vulnerabilidad del organismo y los efectos en la producción-prevenición de la enfermedad, así como, con las conductas que tienen que ver con la alteración biológica. La importancia de su trabajo para nuestro interés particular, independientemente de la aportación conceptual, de investigación e incluso práctica, radica en el hecho de considerar las posibilidades de acción de la psicología en un terreno hasta este momento no explorado consistentemente.

Otro de los ejemplos encontrados es el de Rodríguez & Palacios, (1989) quienes comentan que debido a los avances de la psicofisiología y la psicología experimental se ha abierto otra posibilidad de acción a los psicólogos en esta área, como ejemplo de ello, enumeran una serie de trabajos de investigación (todos en proceso) que apoyan esta idea, aún cuando no se menciona si estos trabajos son ubicados por sus autores dentro de esta especialidad. Para los autores, la psicología de la salud es solo la aplicación de los avances metodológicos que han existido en otras áreas de la psicología, con el fin de promover el cuidado, mantenimiento, promoción y estilo de vida para la salud. Para ellos, el psicólogo de esta disciplina debe ubicar su trabajo a nivel de diseño, conducción, supervisión y análisis de los programas elaborados, más que en su aplicación o intervención. Partiendo de esto, presentan un programa de entrenamiento a nivel de posgrado, que forma parte de la Maestría de Psicología General Experimental; donde se enseña a planear tanto a nivel comunitario como individual: diseños, habilidades metodológicas, elaborar instrumentos de medición, técnicas de penetración en la comunidad. El entrenamiento práctico se da en los centros de salud de San Antonio Tecómil en Milpa Alta y el del Ajusco en Santo Tomás Ajusco. Esto se logró a través de un convenio con la Secretaría de Salud, gracias a esto, los alumnos aplican

procedimientos de investigación, diseñando los modelos de intervención adecuados, trabajan con el equipo de salud. Su programa está dividido en dos áreas: la teórica, donde se imparte metodología básica, experimental y tecnología educativa y la de entrenamiento, que consiste en una residencia en los escenarios adecuados. Hasta el momento de la publicación de este trabajo, dicho programa de posgrado llevaba un año de ejercicio. Actualmente, se desconoce el grado de avance y de logro en esta actividad tanto en la parte de investigación como de difusión y divulgación. Sin embargo, hay que considerar que es un logro importante la creación de esta especialidad, ya que sin duda el trabajo con el equipo de salud es un área todavía vedada en el medio mexicano, por esto último y en relación a los comentarios de los autores, no creemos como lo afirman, que el psicólogo mexicano ya llegó y se quedó y además liderando los equipos de salud, ojalá que así fuera, pero la verdad es otra, lo importante de esta experiencia es que alguien está haciendo algo al respecto. En este sentido habrá que esperar los datos que reporten estos profesionistas en cuanto a la implementación de tal programa de entrenamiento, pero más que eso, lo deseable sería que reportaran datos del trabajo real ya como egresados, y que plantearan sus vivencias, así como las problemáticas a las que se hayan enfrentado, aquí es donde se puede observar si este intento solo se queda en la academia o ha logrado trascender en un nuevo espacio de trabajo.

Desgraciadamente, como veremos más adelante, el espacio laboral para la psicología de la salud y la PP no existe de manera formal en nuestro país, no solo se puede detectar este hecho por la carencia de publicaciones o porque no está contemplada en los programas de estudio, ni de licenciatura, ni de posgrado (excepto en el caso mencionado, o como materias aisladas en los posgrados), sino por las estadísticas generales a la misma psicología, así como las del sector salud. Según un estudio (Martínez & Urbina, 1989), sobre el perfil profesional y mercado de trabajo, el área más solicitada para otorgar empleo fue la de psicología del

trabajo, seguida por la psicología clínica, psicología educativa, social y por último la experimental. El área de mayor demanda por parte de los estudiantes, fue la de clínica, después la industrial, educativa, social y experimental. En forma global, el sector que mayor número de psicólogos contiene es el educativo, seguido por los sectores de salud (en este sector se desarrollan los psicólogos clínicos, trabajando principalmente con problemas de conducta anormal), producción y consumo, organización social y vivienda. La mayoría de los psicólogos se emplean respectivamente en el siguiente orden: en empresas públicas, privadas, descentralizadas, en la UNAM y en la práctica privada.

Otro dato encontrado es que el psicólogo sigue desarrollando actividades ortodoxas en las áreas de mayor demanda: del trabajo, clínica y educativa, es decir, que ni siquiera en sus áreas realizan las tareas correspondientes a su especialización, ya que las actividades de mayor demanda para estas tres áreas sin importar sus diferencias, son aquellas relacionadas a la aplicación de instrumentos (pruebas y entrevistas), es decir, que al psicólogo se le sigue identificando con la labor clínica tradicional de mero clasificador y selector, con muy pocas posibilidades de trabajar a otros niveles en diversas áreas. Esto sin duda es debido al mismo desconocimiento del empleador sobre la gama de posibilidades de trabajo que puede aportar un psicólogo y por supuesto a la mala difusión que se tiene de la carrera ( Galván, 1989).

Por otro lado, confirmando los datos anteriores, el artículo de Valderrama, Lavalle, & Hernández, (1989) resume el perfil requerido por el empleador de la siguiente manera: a) no existe preferencia de sexo, b) El 50% de las ofertas son para trabajar en el sector industrial, c) no requieren el título para contratación, d) es poca la experiencia pedida, e) las habilidades solicitadas son: aplicación de pruebas y entrevistas, cursos de capacitación, manejo de grupos, orientación vocacional y programas de educación especial, e) el sector privado es el emisor principal de las

solicitudes de trabajo, seguido por el sector público paraestatal. Se podría concluir de estos estudios, que el psicólogo solo aplica pruebas, realiza pocas intervenciones (excepto en su práctica privada), es más solicitado en el sector industrial, mientras que cuando es empleado en el sector salud, solo es para aplicar cuestionarios, pruebas y evaluaciones. Todavía está muy lejos de cubrir aspectos del desarrollo social como: la salud comunitaria (relacionada a la psicología de la salud y PP), la ecología, la comunicación y la política. Es importante tener en perspectiva el desarrollo de estos últimos aspectos de la psicología, porque sin duda forman parte de la consolidación de una sociedad sana en todos aspectos y esto es una responsabilidad inherente a la profesión (Almeida, Guarneros, Limón & Román, 1989).

En relación a datos más actuales de como es empleado el psicólogo, tenemos los reportados por el INEGI, (1993) que aunque no son tan específicos, nos dan una imagen general del estado actual de la profesión. En el censo de este año, se encontró que la psicología tiene el 2.4% de todos los profesionistas del país, con 33,842 efectivos ocupados en toda la república, de los cuales el 71.3% son mujeres; se muestra que la ocupación principal es la de trabajadores de la educación con el 28.7%, ejerciendo la profesión (sin indicar la actividad), el 28.1% y el resto está repartido en ocupaciones desde técnicos, vendedores ambulantes, artesanos, comerciantes, hasta protección y vigilancia. Del total de psicólogos ocupados, el 0.3% se encuentra en el nivel primario, el 8.0% en el secundario y el 88.8% en el terciario (actividades de servicio; privadas y de docencia), y el 2.9% no es especificado. En cuanto a la tasa de desocupación, se tiene el 1.7%. Estos datos nos muestran en general, que la psicología es una ocupación reconocida, que la mayor actividad realizada es la de docencia, y que sólo el 56.8% lo hace en actividades vinculadas a la profesión. Debe notarse que este censo de 1993, no menciona ninguna ocupación ni actividad relacionada con el sector salud.

Partiendo de estos datos presentados por los psicólogos y por el INEGI, fue necesario recopilar más información con el propósito de detectar qué funciones ha estado realizando la profesión en el sistema de salud del país y como es considerada la misma en este sector. De acuerdo a Martínez-Narváez, (1992) el Programa Nacional de Salud para el periodo 1990-1994, tiene como propósito el de alcanzar la protección a la salud para todos los habitantes del país, otorgando servicio oportunos, equitativos y humanitarios, incluyendo no sólo la atención médica para el control de las enfermedades, sino también el cuidado de la salud ambiental, la salud psicológica, la regulación de recursos humanos y la investigación, la cual debe enfatizar las acciones promocionales y preventivas, empleando a los profesionistas adecuados para hacerlo. Esto se ha plasmado a nivel teórico y como un compromiso internacional de "salud para todos en el año 2000", así, parte de la política nacional representa un cambio de enfoque para la creación de una infraestructura diseñada para atender y resolver múltiples necesidades de salud para toda la población. Sin embargo, Durán González, (1992) menciona que el impacto de esta política internacional no es posible ya que las deficiencias básicas en los servicios no lo permiten, no hay capacidad económica ni recursos humanos para operar este sistema, remarca la necesidad urgente de incluir programas sociales de atención a la salud dentro de los servicios actuales, los cuales pueden optimizar los recursos a pesar de la deficiencia presupuestal. Este modelo implicaría modificar el paradigma de atención para favorecer las actividades de mantenimiento de la salud sin descuidar las tradicionales de atención curativa, la autora menciona como propuesta, la inserción de otros profesionistas (no médicos) entrenados expofeso para la implementación de esta nueva política. Siguiendo a esta autora, Ruelas, (1992) propone que la única manera de lograr la inserción de otros profesionistas en este sector es la de garantía de calidad, este concepto se generó durante la campaña de Salinas de Gortari, teniendo como prioridad la "calidad y calidez" en el servicio,

reforzando la necesidad de poner atención en la dimensión interpersonal entre usuarios y equipo médico, con la elaboración de programas sociales que necesariamente debían ser diseñados por profesionistas del área de humanidades. Así mismo, se debían considerar las características del país. Todo esto, según el autor debe conformar el punto de partida para la mejora del servicio de salud.

Lo anterior, puede leerse como importante para la psicología como profesión, ya que sin duda uno de los profesionistas que puede aportar parte del cambio esbozado en este modelo, es el psicólogo, sin embargo, cabe mencionar que estas propuestas solo están en papel y como ejemplo de esto, se puede recurrir a las estadísticas del Sistema Nacional de Salud, en donde se encuentra que el interés sigue siendo la atención médico-curativa como fin primario, mostrando poca o ninguna atención en los aspectos de programación y diseño social, prevención y "calidad y calidez", particularmente en lo que respecta a la atención psicológica o al empleo de profesionistas que ayuden al cambio en el servicio médico. Por ejemplo, se tiene que en el país una de las causas de mortalidad es por accidentes sobre todo en la población infantil, un 72.4% en sujetos de cinco a 14 años, así como las enfermedades infecciosas que ocupan el 50% de las defunciones en niños de uno a cuatro años. Lo anterior muestra sin duda la falta de programas de prevención que enseñen a la población la manera de controlar estas situaciones, los accidentes pueden prevenirse, ya que la estadística señala que la mayor parte se da en el hogar (17,000 accidentes por cada 100,000 habitantes), las enfermedades infecciosas transmisibles pueden detenerse con mejores estilos de vida y de sanidad. En cuanto al servicio y uso requerido de los hospitales, la enfermedades más comunes son las relacionadas a problemas cardiacos, enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias, accidentes, mala nutrición, y diabetes, tanto en la población adulta como infantil, la cual comprende 85,970,198 habitantes, donde el 55.50% es menor de 16 años (INEGI, 1995).

Por otro lado, el Sistema Nacional de Salud, confirma la importancia del papel que desempeña el ambiente social en el origen, presencia y cambios de la salud y de la enfermedad, así como del ambiente natural, siendo este un condicionante de la aparición y distribución de la enfermedad, la invalidez o la muerte, así, se considera que el estudio de estos ambientes permite tener indicadores de la capacidad física e intelectual de la población e incluso el estudio de las sensaciones subjetivas de : bienestar, vitalidad, felicidad, etcétera. Con el fin de tener una visión más aproximada y satisfactoria de la salud colectiva ( González, 1988). Esto muestra con claridad que muchas de las enfermedades pueden prevenirse y controlarse (en el caso de las crónicas o ya adquiridas), para lo cual se requiere de programas de prevención y control diseñados no por los médicos, sino por personal entrenado para estos fines. La detección de problemas y su posible solución pueden estar claros, pero en el hecho, no hay nada operativo, la misma estadística muestra que el empleo de otros profesionistas no es contemplado como parte de la mejora en el servicio para la salud.

En México se tiene que la atención a la salud se ofrece por el Estado y la iniciativa privada; las instituciones del Estado son: la Secretaría de Salud, el IMSS, y el ISSSTE, los cuales cuentan con (incluyendo a la iniciativa privada) 691 hospitales generales, 156 hospitales de especialidad y 13,609 unidades de consulta externa ( Sector Salud y Seguridad Social, INEGI, 1995). Los cuales cuentan con médicos de todas las especialidades, enfermeras tanto auxiliares como generales y especialistas, técnicos de laboratorio, personal administrativo y otros, en este último rubro se encuentran 1204 trabajadores de los cuales no se especifica su función, probablemente en este punto se encuentren algunos psicólogos, sin embargo, no es posible detectar en que número y cual es su función ya que los datos no lo presentan como parte del personal. La presencia del psicólogo se encuentra señalada

no en los hospitales sino en el DIF estatal en un número de 424 para toda la República Mexicana (Secretaría de Salud, INEGI, 1994).

El panorama es desalentador, por un lado, se plantea una problemática en cuanto a la prevención y elaboración de programas y diseños de intervención como única opción para mejorar todos los aspectos del sistema nacional de salud, enfatizando la necesidad apremiante de la presencia de profesionistas calificados para poner en marcha un nuevo plan de trabajo, pero por otro lado, la realidad muestra que el servicio sigue siendo otorgado exclusivamente por personal médico, el cual por supuesto, cumple su función, sin considerar otros aspectos que también son importantes para la rehabilitación y prevención tanto física como psicológica, función que sin duda puede ejercer adecuadamente el psicólogo. Aquí cabe preguntarse si el problema sólo es debido al Plan Nacional por sí mismo, a causa de sus problemas de planeación, administrativos y presupuestales, o también es debido al poco interés mostrado por la profesión psicológica a este ámbito, desde los curriculum que se dan en licenciatura y posgrado, en donde como ya vimos, no se encuentra formalmente instituido un programa con respecto al psicólogo de la salud (excepto en el caso reportado por Rodríguez y Palacios, 1989 con las deficiencias de seguimiento mostradas).

Sin duda, la profesión no debe esperar sentada a que el Sistema Nacional de Salud los llame, más bien, el psicólogo debe organizarse demostrando las habilidades que posee para trabajar en este sector. Hay que recordar el ejemplo de los psicólogos en Estados Unidos quienes lucharon en todos los ámbitos para poder ejercer la profesión en el ambiente médico. Aún cuando el panorama se vislumbra difícil, es necesario empezar a implementar políticas que permitan al Gobierno Federal darse cuenta de las posibilidades de ayuda que puede aportar el psicólogo.

 CAPITULO 5

---

**ALTERNATIVA DE PROGRAMA DE LA PP EN MEXICO.**

En los capítulos anteriores, se presentó una perspectiva histórica de la evolución de la PP, sus características y forma de trabajo, así como su estado actual, tanto en Estados Unidos como en México. Con la lectura del capítulo anterior, nos podemos dar cuenta que la situación de esta disciplina en nuestro país es muy pobre, pues la incidencia ya no de la PP, sino de la Psicología de la salud se encuentra posiblemente en una fase de inicio, y por consecuencia con muy pocos datos que nos permitan establecer su verdadera condición. Sin embargo, no es muy difícil darse cuenta que no hay nada formalizado y que la presencia del psicólogo en este escenario no es vista como necesaria o incluso útil. Por un lado, este profesionalista sigue trabajando como mero aplicador de pruebas sin ninguna intervención, esperando que el médico le canalice algunos casos que a criterio de este último, requieren de la ayuda psicológica. Por otro lado, el mismo psicólogo parece no darse cuenta de todas las posibilidades de acción que tiene en este ámbito, lo cual puede detectarse en los planes de estudio donde no se hace referencia a esta posible área de trabajo, ni a nivel licenciatura y escasamente en algunos programas de posgrado.

Sin duda, los problemas son difíciles de resolver, considerando que nuestro sistema institucionalizado de salud no tiene amplios recursos y que precariamente

trata de resolver la condición de enfermedad, aún cuando se contemple la "salud para todos en el año 2000" a través de mecanismos de promoción de la salud. En este aspecto, nuestro país no ha elaborado un verdadero y eficiente programa de acción, esto es debido a que no existe personal entrenado y calificado para este propósito. Este punto es muy importante, porque si existiera la condición de promoción y prevención, se reducirían en gran medida los recursos que el estado aporta al sector salud, ya que el ingreso a clínicas y hospitales sería menor, lo que permitiría que esos recursos se canalizaran en aspectos como el de la investigación a todos los niveles del Sistema Nacional de Salud, así como a la mejora del servicio.

También, ya dentro del hospital, los programas adecuados para el manejo del paciente y su estancia en el mismo, optimizarían los tratamientos médicos y los procedimientos quirúrgicos, lo cual llevaría posiblemente a un menor tiempo de estancia y a una más rápida condición de salud, y esto por supuesto implicaría una reducción considerable en los gastos de la Institución.

Lo anterior, depende de la presencia de personal calificado para la elaboración e implementación de programas que deben estar basados en las necesidades de la población y las características del sistema. El psicólogo puede ser el indicado para realizar tal trabajo, ya que tiene las habilidades para comprender la unidad de lo biológico con lo social, dando a los factores psicológicos el lugar que les corresponde, por medio de procedimientos que ayuden tanto al equipo médico como a la comunidad y al individuo. Es el que puede contribuir al conocimiento del sujeto y del significado que tiene para él el concepto de enfermedad, establecer sugerencias para el establecimiento del tratamiento y coadyuvar en sus posibilidades de recuperación.

Partiendo de esta premisa, y de los ejemplos y posibilidades mostrados a lo largo de este trabajo, es posible plantear un esquema general a manera de propuesta que sirva como indicador de la forma en que puede insertarse el psicólogo. Dicho

esquema puede mostrar que las capacidades actuales del psicólogo en México pueden afrontar el reto de buscar un nuevo escenario de trabajo.

### *1. Nivel Primario: PREVENCIÓN.*

Este nivel debe contemplarse en todo programa aplicable al sector salud, gracias a él, es posible detectar las características de salud-enfermedad de una población y determinar líneas de intervención. Recordando lo mencionado en el capítulo 4, el nivel primario consiste de la implementación de acciones que ayudan a prevenir la enfermedad y los daños, ayudan a la comunidad a estimar los riesgos presentes en situaciones determinadas y a afrontarlas de manera adecuada. Por ejemplo, es posible determinar los factores de riesgo desde el momento de la concepción, dando información acerca de los efectos del tabaco, del alcohol, mala nutrición, etcétera. Se puede instruir a los padres en cuanto a programas de inmunización y los riesgos que conlleva el no aplicar este programa. También se puede establecer el estilo de vida que prevenga la aparición de enfermedades infantiles, como puede ser la limpieza, tipo de alimentación, arreglos en el hogar para evitar los accidentes, e instrucciones que permitan al niño manejarse adecuadamente fuera del hogar.

En cuanto a los estilos de vida, se ha encontrado que es uno de los factores a cambiar en una población, ya que muchos de los problemas que afectan a la salud de los individuos se desarrollan como resultado de formas inadecuadas de estilo de vida. Estos han sido muy difíciles de transformar, las aproximaciones cognitivas y conductuales han sido empleadas para cambiar los malos hábitos y a menudo son efectivas para producir cambios iniciales, pero las conductas se revierten frecuentemente. Este ha sido un problema crítico que actualmente es uno de los

focos de atención en la psicología de la salud, uno de los argumentos es de que la falla ha consistido en no apoyarse en el modelo biopsicosocial y por lo tanto no considerar toda las variables circundantes que están implícitas en toda comunidad (Wright & Friedman, 1991).

Esta problemática surge, en el caso de nuestro país, porque el personal encargado de la detección de los factores de riesgo (estadísticos no psicólogos), y diseñadores de programas a la comunidad, no consideran las razones del porqué los individuos no pueden cambiar sus conductas. Es necesaria la presencia de psicólogos que se apoyen en teorías que permitan desarrollar un modelo de "creencia en la salud", este modelo debe implicar: *fases de cambio* progresivo, de tal manera que los individuos vayan comprendiendo de lo simple a lo complejo la necesidad de una condición de salud. Una teoría que puede ayudar a estas fases es la *Teoría de la Acción Social*, la cual describe los sistemas biológicos, psicológicos y sociales dentro de los cuales se desarrollan y mantienen las conductas relacionadas a la salud, estos sistemas ayudarían a comprender y por lo tanto incidir en un cambio de actitud positivo (Sarafino, 1994).

Consideramos que este modelo de PREVENCIÓN y de "creencia en la salud" debe contener tres pasos a seguir: Detección, evaluación e intervención, los cuales se esquematizan en la **figura 1**.

**Detección.** La detección se realiza generalmente a través de estadísticas epidemiológicas, las cuales permiten tener datos meramente descriptivos de las características generales de la población como: nivel económico, social, escolaridad, tipo de vivienda, etcétera. Esta detección permite establecer un análisis de los factores de riesgo, y los estilos de vida de cada nivel de la comunidad, lo cual forma una visión general del tipo de población en la cual se va a intervenir y de donde se pueden derivar, los problemas específicos en el establecimiento de la salud, las creencias, y las habilidades cognitivo conductuales de un grupo de individuos

(Rodin & Ickovics, 1990). En el caso de la PP, esta detección se debe realizar a nivel de toda la población, en el entendido de que los niños dependen de la enseñanza de sus padres y adultos en general para obtener un estilo de vida adecuado para la promoción y prevención.

**Evaluación.** Esta se apoya determinadamente en los datos obtenidos en la detección, ya que analizando la información, es posible elaborar objetivos de acción, acordes a la población seleccionada. En cuanto a la PP, incluyendo las características del grupo, es recomendable tener presentes las siguientes fases tomadas de Bibace y Walsh, (1979) para establecer la comprensión de los niños sobre la relación que existe entre salud y conducta y elaborar objetivos adecuados de prevención.

**Fenomenismo.** Esta comprensión implica la forma en que definen la enfermedad en términos de sus síntomas y como asocian la misma al ambiente que los rodea.

**Contagio.** En esta fase, se encuentra que los niños pequeños desconocen las causas que le pueden producir la enfermedad y lo atribuyen solo a la proximidad de un objeto o de una persona.

**Contaminación.** Se encuentra en los niños de más de siete años, quienes definen la enfermedad a través de múltiples síntomas y reconocen la existencia de gérmenes que la causan. Aquí ya admiten que su conducta puede intervenir en la producción de una enfermedad.

**Internalización.** Ya existe un concepto de enfermedad en términos de que ocurre algo dentro del cuerpo, reconocen el problema de los contaminantes y como éstos pueden entrar en las personas a través de la boca y la nariz.

**Fisiológica.** Cerca de los 11 años, ya pueden definir la enfermedad en términos de órganos específicos, dando detalle de como las funciones internas se ven afectadas por múltiples causas físicas.

*Psicofisiológica.* En esta fase, el niño comprende que la enfermedad puede resultar de fuentes tanto fisiológicas como psicológicas, por ejemplo, "el dolor de cabeza se produce por problemas", esta fase se encuentra particularmente en los adolescentes.

Como objetivos generales de promoción de salud infantil, se pueden establecer los propuestos por Maddux, Roberts, Sledden & Wright, (1986):

- Facilitar el crecimiento y desarrollo óptimo del niño, tanto físico como emocional y social.
- Establecer patrones conductuales de salud para la nutrición, ejercicio, estudio, recreación y vida familiar.
- Reforzar los patrones de conducta opuestos a aquellos negativos como fumar, tomar alcohol y uso de drogas.

***Intervención.*** Esta implica el diseño de programas a partir de los objetivos elaborados. Estos programas deben encaminarse a la enseñanza del individuo y la comunidad sobre las conductas relacionadas con la salud, cuáles son estas conductas y como se pueden llevar a cabo, tratando de persuadir a las personas para cambiar los malos hábitos, esto por supuesto, requiere modificar sus creencias y actitudes.

El diseño de programas o técnicas de intervención como es contemplado en la PP, debe contener un trabajo cuidadoso, considerando a la población, el problema y las consecuencias de la información que se determine en tales programas. Muchos tipos de programas se han implementado a través de pláticas, conferencias y otros medios de información, para promover la salud en diferentes escenarios y con una variedad de metas, métodos y poblaciones. Examinaremos algunos de los programas más comúnmente utilizados:

Una de las técnicas utilizadas es el de las "señales de amenaza", en donde se motiva a la comunidad por medio del miedo a las consecuencias de sus hábitos. Se

ha encontrado que estas señales pueden ser efectivas al motivar a los individuos para adoptar una variedad de actitudes más "saludables", pero siempre y cuando vayan acompañadas de instrucciones específicas para la ejecución de la conducta deseada (Sutton & Hallett, 1988).

Otro estudio argumenta que las señales de amenaza en exceso, pueden estimular a la persona a usar procesos internos de afrontamiento para ignorar, minimizar o incluso rechazar la amenaza, Self & Rogers, (1990) encontraron que la autosuficiencia es una buena alternativa, ya que si la amenaza va acompañada de información que indique o rete al sujeto a enfrentarla, esto produce cambios significativos en los hábitos relacionados a la salud.

Otra forma de intervenir es dando información sobre qué hacer, cuándo, dónde y como. La televisión, la radio, periódicos, revistas, panfletos, posters, pláticas, etcétera, son los mecanismos más utilizados para promover la salud. Sin embargo, a pesar de la enorme cobertura que sin duda tienen, se ha encontrado que tiene un éxito limitado para afectar la conducta (Flay, 1987). Una de las razones por las que la información no funciona es que la comunidad a menudo mal entiende el mensaje que se pretende mandar, y en otros casos, simplemente no desean cambiar el hábito (Yeaton, Smith & Rogers, 1990).

Una posible forma de intervenir puede ser el empleo de técnicas cognitivo conductuales, apoyadas en el modelo biopsicosocial, las cuales se ha encontrado como más efectivas que las anteriores. Un trabajo muy interesante presentado por Winett, (1995) apoya lo anterior, este autor considera que la falta de éxito se ha debido a que los programas se enfocan en variables intraindividuales y no toman en cuenta los factores ambientales y sociales que están relacionados a la implementación de un programa, ni se percatan de las posibilidades de emplear las estrategias y conceptos de la mercadotecnia, los cuales rebasan con mucho a

cualquier programa de prevención, por lo que sugiere su incorporación en el repertorio de técnicas del psicólogo.

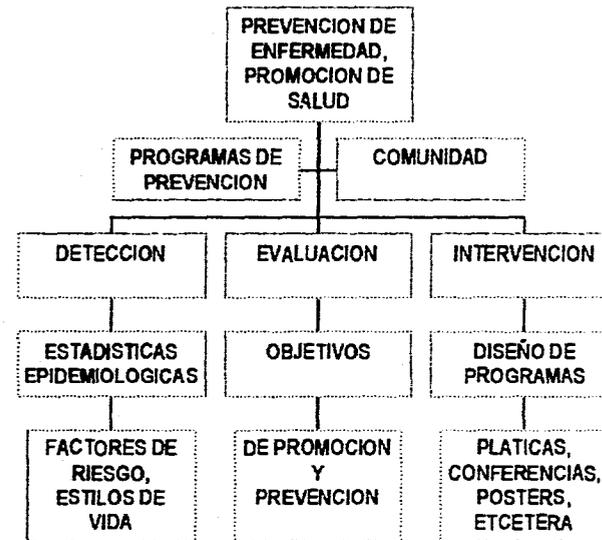
Las técnicas para elaborar programas ya mencionados, se aplican a toda la población, adulta e infantil, aunque en el caso de los niños, existe un escenario que es de vital importancia para la prevención y son las escuelas, ya que tienen acceso a una gran cantidad de la población en los años que son críticos en el desarrollo de las conductas relacionadas con la salud (Parcel, Brunh & Cerreto, 1986). Sin embargo, la mayoría de las escuelas no aportan educación sobre la salud o proveen programas mal diseñados, además de la falta de interés del personal docente, cuyos intereses y entrenamiento se encuentran en otras áreas.

Por otro lado, los programas de prevención deben ser diseñados para grandes grupos con el propósito de mejorar su conocimiento y ejecución de conductas preventivas. Estos programas pueden emplear cualquiera de los métodos mencionados e incluso otros elaborados exprofeso.

Esta sería la parte correspondiente a la prevención dentro del programa que se propone en este trabajo, el cual pretende servir como indicador de las acciones que puede llevar a cabo el psicólogo para optimizar el plan de un sistema de salud. En el siguiente punto, se presentarán las actividades que deben realizarse en el escenario médico a nivel secundario y terciario.

**Figura 1.**

## PREVENCION



**FIGURA 1. PROGRAMA DE PREVENCION CON LOS PASOS A SEGUIR PARA ESTABLECER LA PREVENCION DE LA ENFERMEDAD Y LA PROMOCION DE LA SALUD.**

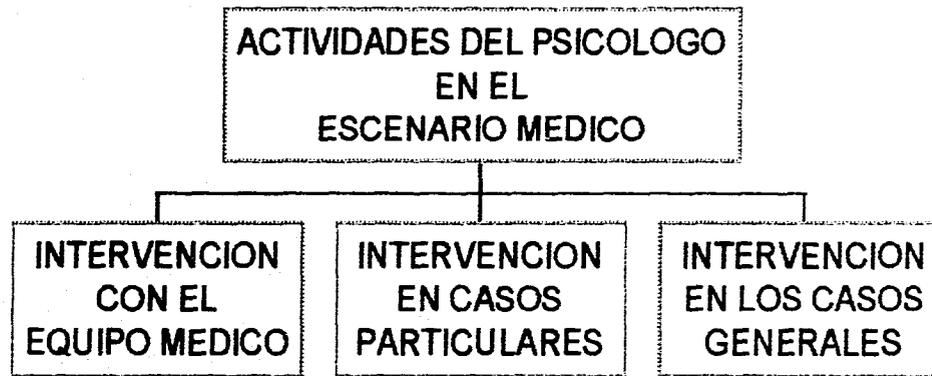
## 2. Nivel secundario y terciario: ACTIVIDADES DEL PSICOLOGO EN EL ESCENARIO MEDICO.

Este es un aspecto medular en las funciones del psicólogo dentro del sistema de salud, es cuando se tiene que enfrentar a la solución rápida de casos que se van presentando en clínicas y hospitales, en donde los usuarios ya llegan con problemas de salud. De acuerdo al nivel secundario, se deben tomar acciones para identificar una enfermedad ya establecida, con el propósito de revertir o parar sus efectos. En cuanto al nivel terciario, se deben llevar a cabo acciones que detengan, retarden o mejoren las condiciones relacionadas con la enfermedad. Apoyándose en las características de estos niveles; los objetivos básicos que debe perseguir este profesionalista en el ámbito médico son:

- 1) Aumentar el nivel de calidad de la relación del equipo de salud con los usuarios durante la prestación del servicio, tratando de satisfacer las expectativas y necesidades de los pacientes.
- 2) Identificar los factores biopsicosociales que ayuden a establecer programas de intervención en casos particulares, con el propósito de optimizar la recuperación individual.
- 3) Propiciar el ajuste emocional a través de la intervención en los casos generales durante la estancia en este escenario. En la figura 2, se puede ver el esquema de estos objetivos a realizar, los cuales se irán presentando por separado.

**Figura 2.**

## LA PSICOLOGIA EN EL SECTOR SALUD



**FIGURA 2.** OBJETIVOS QUE DEBE CONSIDERAR EL PSICOLOGO COMO ACTIVIDADES A IMPLEMENTAR EN EL SECTOR SALUD.

INTERVENCION CON EL EQUIPO MEDICO. *Relaciones del equipo médico y del médico con el paciente.*

Estar enfermo y tener que asistir a una clínica o ser hospitalizado tiene muchos aspectos negativos, se interrumpe el estilo de vida de un individuo, involucra cierta dependencia en otros y aparecen muchos eventos que sin duda son estresantes. Estas situaciones comienzan en el momento de la admisión, desde el momento en que se presentan los papeles para entrar y se tiene que interactuar con el personal a cargo, personal que varía desde vigilantes, secretarias, trabajadoras sociales, enfermeras y médicos. Los pacientes y familiares entran con un claro papel social, su dependencia en este equipo, el cual tiene el conocimiento, el poder, y la autoridad en esta relación. Los pacientes son extraños a esta comunidad, a su estructura, procedimientos y terminología. Todas estas condiciones hacen que la persona se sienta insegura y ansiosa, particularmente en los niños en quienes se refleja la ansiedad y preocupación de los padres. Sin duda, esto es consecuencia de la actitud despersonalizada de todo el equipo médico, quienes siempre guardan cierta distancia de los pacientes, ya que ellos "tratan con la enfermedad, no con una persona pensante y preocupada" e incluso consideran que darle respuesta a todas sus preguntas puede interferir con su trabajo (McKinlay, 1975). Por otro lado, también hay que considerar en el caso de médicos y algunas enfermeras, los altos niveles de estrés que tienen que afrontar en situaciones de emergencia o ante la presencia del dolor, de manera que en algunos casos se protegen a sí mismos emocionalmente ante la actitud de los pacientes (O'Donnell, O'Donnell, Pleck, Snarey & Rose, 1987).

Para resolver estas deficiencias, el programa propuesto en este trabajo (figura 3) contempla la intervención del psicólogo a través de cursos dinámicos, dirigidos al equipo médico (secretarías, sección de información, trabajadoras sociales, enfermeras y todo aquel personal que tenga contacto con el paciente y que no pertenezca a la parte profesional del equipo) y a los médicos, considerando el nivel de competencia de cada grupo. Los cursos deben considerar las siguientes áreas:

*Relaciones humanas.* Tiene el propósito de sensibilizar la relación del equipo con el paciente, de manera que se logre la comprensión de las necesidades de trato e información que son requeridas para el mejor ajuste de los individuos en una situación estresante. En el caso del equipo médico general se debe remarcar que la atención adecuada y clara a las preguntas del usuario pueden facilitarles su propio trabajo y ahorrarles tiempo en cuanto a las preguntas reiteradas. En relación a los médicos, hay que enfatizar que el uso de términos médicos puede confundir a los pacientes en relación a la enfermedad que presentan y que lo más adecuado es tratar de explicar de manera clara, cotidiana y concisa las condiciones del problema y del tratamiento, lo que redundaría en un mejor seguimiento del mismo y a la pronta recuperación. En general, la idea es que el equipo médico se de cuenta de que la calidez y el trato adecuado puede producir mejores resultados para ambas partes.

*Manejo del paciente.* Esta parte debe estar más relacionada con cursos dirigidos a médicos y enfermeras, quienes son los que estarán en contacto con los enfermos durante la hospitalización. Los cursos contienen aspectos de las teorías del desarrollo, en el entendido de que a ciertas edades existen características que aunque no son determinantes, sí permiten esbozar una idea de como tratar a los pequeños (o incluso al paciente adulto y senil) en situaciones normales y problemáticas.

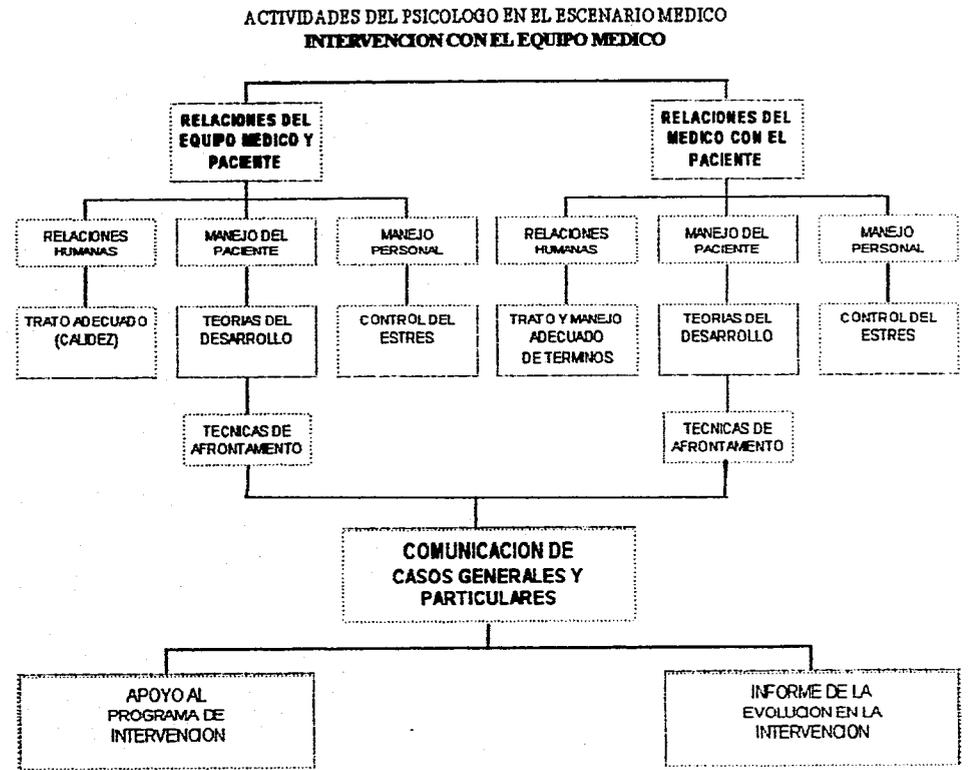
Por otro lado, se contempla una instrucción sobre técnicas básicas de afrontamiento, explicadas no a nivel de especialización, sino como herramientas de ayuda para momentos que sean requeridos durante el tratamiento, la hospitalización

o la intervención quirúrgica. Las técnicas sugeridas son las mencionadas en el capítulo 2 como estrategias de intervención.

*Manejo personal.* Este aspecto está relacionado a las condiciones de estrés que frecuentemente se presentan en todo el equipo médico dadas las situaciones de premura que surgen en estos ambientes, y que producen un estado de tensión que puede afectar el mejor desempeño de todo el personal. Algunas de las estrategias sugeridas y que también son mencionadas en el capítulo 2, son : intervención en crisis, procedimientos de entrenamiento en relajación, relajación muscular progresiva y el entrenamiento en relajación autógena, entre otras posibles y a criterio del psicólogo, según las necesidades requeridas.

Otro aspecto presentado en esta propuesta se relaciona con la comunicación de todo el equipo implicado en el manejo del paciente, tanto en los casos particulares como en lo relacionado a la situación de ingreso y salida del mismo. Este punto es importante ya que el trabajo en equipo, puede permitir al psicólogo el determinar los puntos que deben mejorarse en el trato, avance en el tratamiento y necesidades del enfermo y del personal relacionado a él. El personal debe apoyar de acuerdo a su nivel de incidencia, al programa de intervención diseñado por el psicólogo, ya sea siguiendo las instrucciones o informando los cambios que el paciente va presentando durante su estancia en la institución. Esta es la parte de retroalimentación para detectar si el programa está cumpliendo con los objetivos señalados para cada caso.

**Figura 3.**



**FIGURA 3. ACTIVIDADES CONTEMPLADAS PARA IMPLEMENTAR UN PROGRAMA DE INSTRUCCION A MEDICOS Y EQUIPO MEDICO EN GENERAL.**

INTERVENCION EN CASOS PARTICULARES. *Ajuste social y emocional al hospital.*

Aquí es donde el psicólogo tiene un trato directo con el paciente, cuando surge la necesidad de elaborar programas para casos particulares e intervenir en la implementación de dichos programas. El ajuste social y emocional requiere de la adaptación del enfermo a su situación de estancia en el hospital, y por supuesto dependiendo del problema que lo lleva a requerir el uso del hospital. La conducta que presentan estos individuos puede estar afectada por muchos factores adicionales a la gravedad de su enfermedad; sus ideas de como deben comportarse y sus reacciones a la restricción del confinamiento. En la figura 4, se muestra el esquema que indica la forma de organizar la actividad del psicólogo.

*Afrontamiento a la estancia con y sin cirugía.* La conducta de los enfermos depende de la manera como afronten sus condiciones médicas y los procedimientos del tratamiento médico. Es por esto que el psicólogo debe determinar cual es el tipo de intervención, considerando si el paciente va a tener una estancia sin cirugía, donde solo recibirá un tratamiento médico o si la estancia va a implicar un procedimiento quirúrgico, ya que ambas situaciones son diferentes y producen distintos comportamientos, dadas las diferentes expectativas que se pueden ir formando, sobre todo en el caso de una operación, la que necesariamente implica mayores riesgos. Por otro lado, el ajuste emocional es muy importante para los niños ya que les impone una situación de restricción donde deben estar inmovilizados y recibiendo un tratamiento que les produce ansiedad como: inyecciones, mal sabor de medicamentos, presencia de aparatos extraños, etcétera (Kulik & Carlino, 1987), situación que provoca gritos y protestas. Otro factor de ansiedad que se encuentra

en los niños muy pequeños, es el efecto de la separación de los padres, el cual se muestra con llanto, miedo y rechazo a cualquier acercamiento de otras personas, siendo menos sociables y presentando conductas que entorpecen su manejo. Los niños de más edad, con mejores habilidades cognitivas y sociales, muestran irritación y rebeldía a todo el personal y se niegan a seguir cualquier indicación (Kulik, Moore & Mahler, 1993).

Como se mencionó, debe ser función del psicólogo el especificar cuales son los procedimientos de intervención en estos pacientes, para determinar esto, es necesario elaborar una evaluación a partir de la cual se pueda diseñar una técnica adecuada de tratamiento.

*Evaluación.* La evaluación como se mencionó en el capítulo 2, debe considerar todos los aspectos del individuo, así como su interacción con la enfermedad y el ambiente en el que se encuentra con, el propósito de formular un diagnóstico inicial.

Esta evaluación puede realizarse a través de pruebas psicológicas, cuestionarios, entrevistas con los familiares, etcétera, sin olvidar el expediente médico donde se especifican los resultados de análisis y tipo de tratamiento médico y quirúrgico.

Lo anterior ayuda a la detección del problema ya que permite organizar un esquema general de las condiciones y necesidades del enfermo, determinando así, cuáles serán los objetivos a alcanzar para lograr el ajuste social y emocional de un caso particular.

Estos objetivos a su vez guiarán al psicólogo a la propuesta de una técnica de intervención específica. La cual por supuesto debe estar adecuada a la situación, a la persona y a la enfermedad.

Una vez que la evaluación se ha concluido, el siguiente paso consiste en la intervención.

*Intervención.* Esta se realiza ya integrada la información de la evaluación, y recordando y adoptando el modelo de Belar, et al, 1978 (cap. 2) la estrategia de

intervención debe ser flexible sin que exista una preferencia a una u otra estrategia, y siempre considerando el tipo de caso.

Conjunto a la elaboración de la estrategia, se deben considerar los mecanismos de implementación en términos de los recursos de la institución y del personal de apoyo al tratamiento. Sin duda, esto pudiera parecer una limitante, sin embargo, si las condiciones no son consideradas, una intervención por más adecuada que parezca sería imposible de llevar a cabo, esta es una razón importante por la cual el modelo de Belar puede ser adecuado en estos escenarios, y por supuesto, es relevante la habilidad del psicólogo para adaptarse a todo tipo de situaciones, siempre con la mira de ayudar al ajuste del paciente.

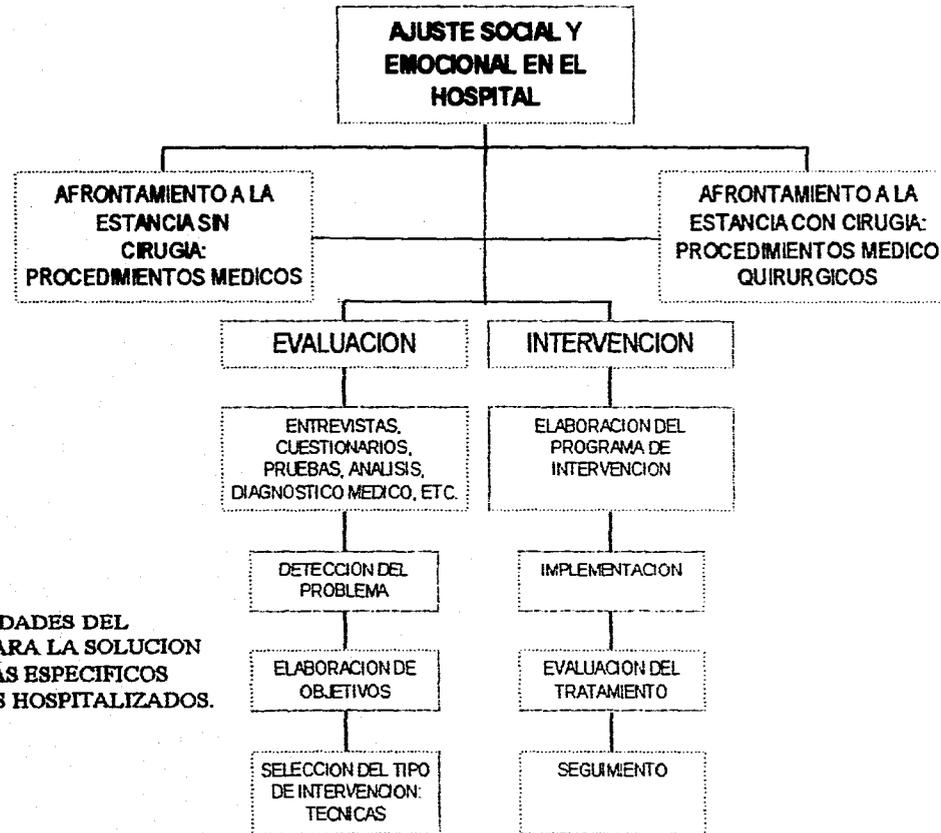
Después de la implementación de la intervención, es conveniente realizar una evaluación del tratamiento, de manera que puedan detectarse los logros o problemas surgidos durante el mismo, no solo para el caso en particular, sino con el propósito de mejorar futuras intervenciones.

Otro aspecto importante es el seguimiento, es aconsejable para observar los efectos del tratamiento y detectar posibles secuelas producidas por la estancia en el hospital, se recomienda siempre y cuando sea posible hacerlo, ya que puede ser que el paciente no regrese después de ser dado de alta.

Estas serían de manera general las propuestas de intervención para casos específicos, cabe aclarar que no es posible determinarlas más detalladamente ya que las condiciones, los casos y escenarios pueden variar. Se presentan como una guía que muestra las posibilidades de acción del psicólogo.

**Figura 4.**

**ACTIVIDADES DEL PSICOLOGO EN EL ESCENARIO MEDICO  
INTERVENCION EN CASOS PARTICULARES**



**FIGURA 4. ACTIVIDADES DEL PSICOLOGO PARA LA SOLUCION DE PROBLEMAS ESPECIFICOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS.**

INTERVENCION EN EL CASO GENERAL : *Ajuste social y emocional;*  
*programa general de admisión.*

El programa general de admisión se contempla como una ayuda a los usuarios en su recorrido inicial previo a la hospitalización, es importante porque no solo permite una guía de información a los pacientes, lo que podría reducir las conductas de ansiedad, sino que puede servir de apoyo al trabajo del psicólogo en los casos particulares de pacientes que van a ser hospitalizados. Su propósito es el de otorgar a los sujetos una información acerca de la situación a la que se va a enfrentar y los mecanismos que debe seguir desde su ingreso hasta su salida. Este programa general de admisión, debe contener una información estructurada sobre: la estancia en el hospital, los procedimientos médicos generales y los procedimientos del caso en particular. ( figura 5)

*Informes sobre la estancia en el hospital.* Aquí, se tiene que informar al paciente y sus familiares sobre los mecanismos de operación administrativa de entrada y salida de la institución, a quienes dirigirse para solicitar información sobre documentación y tratamientos médicos. Por otro lado, es conveniente realizar un recorrido guiado a los escenarios de ocupación donde se enseñen los lugares en los que estará localizado el paciente, en el caso de los niños, esto puede ir reduciendo la ansiedad al mostrarle que hay otros pequeños ya en tratamiento, que se encuentran en una situación cómoda y con personas que están al pendiente de ellos, incluso, si es que lo hay, mostrarle las salas de juego donde podrá estar con otras personas de su edad.

*Informes sobre tratamientos y procedimientos.* Aquí se tiene que dar una información general sobre lo que implica el tratamiento y los procedimientos

médicos que sigue la institución, ya que el paciente y sus familiares tienen que estar claros de todo lo que se puede llevar a cabo durante su internalización como puede ser: toma de medicinas, inyecciones, análisis, etcétera. Esto es importante porque de acuerdo a Chalmers, (1993) los niños y sus parientes tienen derechos antes, durante y después de la hospitalización para decidir si están de acuerdo con los procedimientos o existe alguna razón para cambiarlos, o incluso para determinar si cambian de hospital o requieren de una segunda opinión.

Así mismo, se les debe informar sobre el personal y las funciones que tiene cada uno de ellos, de manera que los padres o el mismo niño puedan recurrir a las instancias adecuadas cuando así sea necesario.

*Informes sobre el tratamiento en particular.* Relacionado con el punto anterior, se deben aclarar todas las condiciones que son necesarias para que el paciente y sus familiares se involucren en el seguimiento del procedimiento médico adscrito a la enfermedad en particular, con el propósito de optimizar el tratamiento, desde el tipo de ropa que tiene que llevarse, alimentos que pueden o no introducir al hospital, juguetes permitidos, hasta el número de visitantes ( lo cual ya puede haberse informado en el punto anterior) y las condiciones de sanidad que estos deben tener.

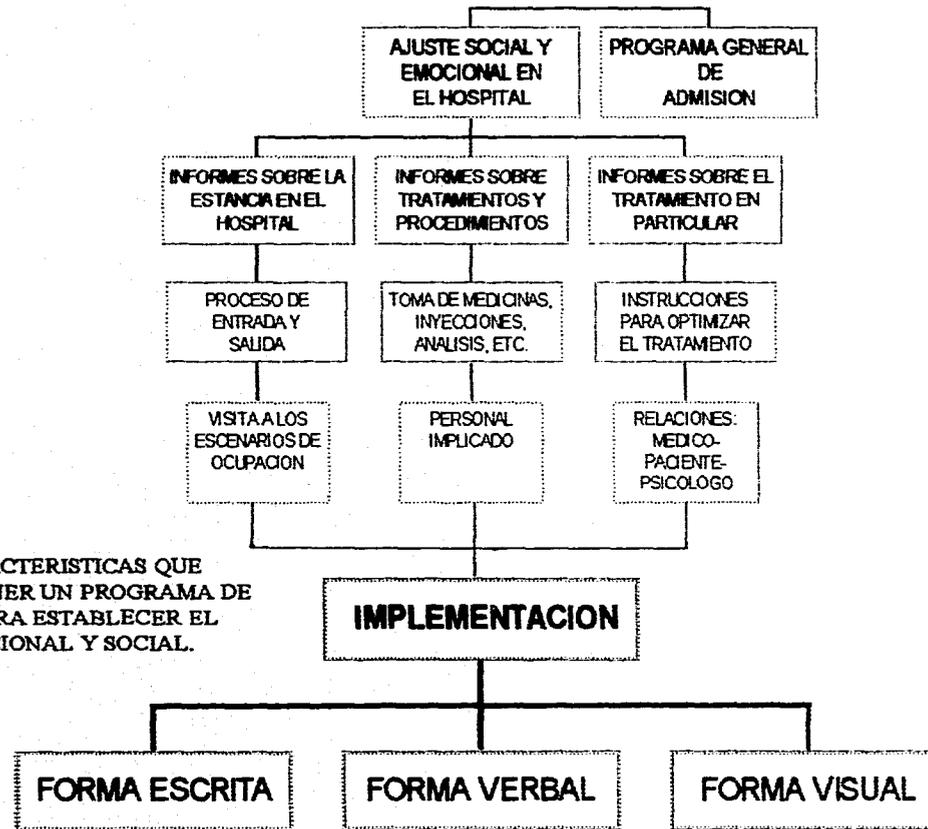
Por otro lado, se debe establecer un contacto inicial con el médico (s) y enfermera (s) que se van a ocupar del paciente, para que las relaciones con este personal sean óptimas y no surjan problemas de entendimiento o de empatía que pudieran obstaculizar el seguimiento del tratamiento o la estancia en el hospital.

*Implementación.* Toda esta información puede darse de forma escrita, verbal o visual. Por ejemplo, se pueden mostrar dispositivas, fotos o películas del escenario y de los procedimientos médico quirúrgicos implicados. También se pueden proporcionar folletos explicativos con todos los pasos a seguir, o de manera verbal dar todas las explicaciones necesarias, respondiendo a las preguntas que surjan del paciente y sus familiares.

Este programa debe ser diseñado por el psicólogo, el cual puede intervenir en su aplicación o apoyarse en otro personal como pueden ser los trabajadores sociales o incluso las enfermeras.

**Figura 5.**

**ACTIVIDADES DEL PSICOLOGO EN EL ESCENARIO MEDICO  
INTERVENCION EN EL CASO GENERAL**



**FIGURA 5. CARACTERISTICAS QUE DEBE CONTENER UN PROGRAMA DE ADMISION PARA ESTABLECER EL AJUSTE EMOCIONAL Y SOCIAL.**

Finalmente, este es el programa propuesto como alternativa para el trabajo de un psicólogo en los escenarios médicos, como puede verse, y de acuerdo a nuestro criterio, no hay aspectos que este profesionista no pueda implementar, por supuesto, se debe buscar el entrenamiento teórico y metodológico necesario ya sea en los posgrados o en las especialidades, con el propósito de mostrar alta calidad en el servicio. La presentación de esta propuesta tiene como fin el de mostrar las amplias posibilidades que tiene la psicología como área en este ámbito, el cual ha sido poco considerado o visto como inaccesible. Esto último es comprensible dada la situación de nuestro Sistema Nacional de Salud, pero como ya ha sido considerado, es el momento de que nuestra disciplina se haga presente con el ofrecimiento de programas viables que muestren su necesidad y eficiencia. Sin duda, este programa no está acabado, pero sólo lo estará en la medida que el trabajo en ese medio vaya dando las pautas que indiquen cuales son los requerimientos del sector salud en México.



 CAPITULO 6

---

## CONCLUSIONES.

A lo largo de este trabajo se ha intentado mostrar evidencias sobre lo que es la PP, teniendo en cuenta su aparición, desarrollo y establecimiento formal, haciendo referencia en algunas ocasiones a la psicología de la salud, lo cual es inevitable ya que considerada como una especialidad de ésta última, comparte todos sus aspectos teóricos y metodológicos, diferenciándose por la especificidad del grupo y el énfasis en la teoría del desarrollo (Maddux, Roberts, Sledden y Wright, 1986). Por otro lado, se remarca el acuerdo con el empleo del modelo biopsicosocial ya que en la práctica se ha demostrado que la investigación apoyada en éste, aporta excelentes resultados y permite una integración más completa de los datos, dando una enorme flexibilidad en la intervención con individuos o con la comunidad ( Engel, 1977; Belar, et al, 1978; Schwartz, 1982; Taylor, 1990; Mc Daniel, 1995). En relación a este punto, nos adherimos a la opinión de Pace, Chaney, Mulins & Olson, (1995) en el sentido de que de haber continuado con el modelo lineal tradicional, no se hubiera logrado el avance de esta disciplina como una forma de trabajo que implicara la colaboración activa entre el equipo médico y los psicólogos, en términos de investigación, enseñanza, política y práctica, aspectos de primordial importancia para la permanencia de la psicología en el sistema de salud.

De esto se derivó que los psicólogos podían estar perfectamente integrados en equipos de trabajo multidisciplinario, con la posibilidad de elaborar diseños de investigación, proveer estructuras conceptuales e incidir directamente para producir cambios en los patrones de la enfermedad y promover la salud (Kaufman, Holden & Walker, 1989). Esto se ha logrado a través de un intenso trabajo durante las dos décadas anteriores, el cual demostró que la PP tiene un lugar particular y que es útil y necesaria dentro del escenario médico, ya que tradicionalmente los pediatras tenían que tratar con diversos problemas que contenían componentes tanto somáticos como psicológicos, los cuales no podían confrontar adecuadamente (Verhaak & Wennink, 1990). Lo anterior fue reconocido inicialmente por Wrieth, (1985) quien consideró que esta colaboración fortalecería al sistema, permitiendo a los profesionistas de esta área asumir una meta posición desde la cual operar, para orquestar un plan de trabajo que beneficiara a la comunidad. Esta colaboración *integrada*, ha servido sin duda para guiar el servicio psicológico, determinando el papel y funciones que debe y puede realizar un psicólogo.

Un aspecto que también se fue desarrollando es el relacionado al entrenamiento del psicólogo, cabe recordar que los servicios psicológicos se veían como tangenciales a las necesidades médicas de los pacientes, y no se tenía un entrenamiento adecuado. La función que se llegaba a ejercer en este ambiente involucraba la mera administración e interpretación de pruebas, lo cual no tenía ningún efecto en la enfermedad o la salud de los individuos. Actualmente este panorama ha cambiado debido a las políticas de entrenamiento en los programas de posgrado, de manera que los psicólogos se enfocan a una amplia variedad de actividades con la obvia satisfacción y aceptación de otros profesionistas (Wrieth & Friedman, 1991). Los programas de entrenamiento en posgrado están diseñados de manera específica para este campo, enfatizando los aspectos relacionados a la salud con un enorme sostén en el modelo biopsicosocial, métodos de investigación,

fisiología y actualmente neuropsicología, lo cual ha redundado en una alta calidad en el trabajo (Altman & Green, 1988).

Otro logro no menos importante es el reconocimiento de que se tienen que llevar a cabo políticas de organización que permitan el ingreso formal del psicólogo, aspecto que en muchas ocasiones es olvidado por la parte académica, pero que es primordial, ya que a través de éste, se puede llegar a las instancias institucionales mostrando la necesidad, eficiencia, calidad y valor de este servicio (Nickelson, 1995).

El esbozo y futuro de la PP dependerán de las tendencias y necesidades actuales, las cuales van cambiando constantemente, sin embargo, este trabajo demuestra que el campo ha tenido avances muy rápidos en su corta historia, vislumbrar este avance es importante ya que puede servir de ejemplo y guía para implementar programas de este tipo en lugares en donde todavía la disciplina no es considerada como una posibilidad necesaria.

En relación a esto, tenemos el caso de nuestro país, en donde como ya vimos, la presencia de la profesión en el Sistema Nacional de Salud prácticamente no existe y en el mejor de los casos, el psicólogo es considerado como un subprofesionista que no tiene mucho que ofrecer o hacer en un escenario médico. La transformación de esta actitud sólo dependerá de los psicólogos mismos, quienes ya deben preocuparse en llevar a cabo acciones para lograr una presencia en este sector. El problema no es difícil de atacar, puesto que se tienen los elementos básicos para lograr programas de investigación, planeación e intervención para promover e incidir en todos los aspectos de la salud-enfermedad. La meta de este trabajo no fue solo la de ir desarrollando los objetivos planteados, sino como fin último, la de percatar al psicólogo de sus posibilidades y capacidades, promoviendo su interés con el propósito de que puedan sensibilizar a las instituciones involucradas, acerca de la importancia y utilidad de las intervenciones psicológicas para elevar el nivel de

salud de la población, y optimizar los servicios, de manera que se pueda integrar una nueva profesión en la práctica médica. Por supuesto que esto implica una gran cantidad de esfuerzo a distintos niveles, tanto académicos como institucionales, pero sin duda vale la pena, ya que a nuestro criterio el campo es excitante, novedoso y prometedor. Esperamos que el contenido de este trabajo pueda servir a aquellos interesados en el tema, y que esto los lleve a ampliarlo y generar diversas propuestas para ir estableciendo un perfil del psicólogo de la salud y claro, del psicólogo pediátrico.





## BIBLIOGRAFIA

## CAPITULO 1.

- Ader, B.C. (1981) Psychosomatic Medicine in the Seventies: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 134, 3, 233-243.
- Adler, N.E. & Stone, G.C. (1979) Social Science perspectives on the Health System. En G.C. Stone, & N.E. Adler (Eds.), *Health Psychology- A handbook*. San Francisco: Jossey- Bass.
- Belar, D.C., Deardoff, W.W. & Kelly, E.K. (1978) *The Practice of Clinical Health Psychology*. New York, Pergamon Press. Caps. 1, 6, 7.
- Brodie, Barbara (1986) Yesterday, Today and Tomorrow's Pediatric World. *Children Health Care*. Vol. 14, 3, 168-173.
- Christophersen, E.R. & Rapoff, M.A. (1979) Behavioral Pediatrics. En O. Pomerleau & J.P. Brady (Eds.) *Behavioral Medicine; Theory and Practice*. Baltimore/London. Wilkins and Wilkins. Cap. 5.
- Elkins, Pauline & Roberts, M.C. (1988) Journal of Pediatric Psychology: A Content Analysis of articles over its first 10 years. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol. 13, 4, 575-594.
- Engel, G.L. (1977) The need for a new Medical Model: A Challenge per Biomedicine. *Science*. 196, 126-129.
- Engel, G.L. (1980) The Clinical Application of the Biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*. 137, 535-544.
- Enright, M.F., Resnick, R., DeLeon, P.H., Sciara, A.D. & Tanney, Faith (1990) The Practice of Psychology in Hospital Settings. *American Psychologist*. Vol. 45, 9, 1059-1065.
- Enright, M.F., Welch, B.L., Newman, R & Perry, Barbara (1990) The Hospital: Psychology's Challenge in the 1990s. *American Psychologist*. Vol. 45, 9, 1057-1058.
- Friedman, S.B. (1985) Behavioral Pediatrics: Interaction with other disciplines. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. Vol. 6, 4, 202-207.

- Green, M. (1985) The role of the Pediatrician in the Delivery of Behavioral Services. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. Vol. 6, 4, 190-193.
- Kaufman, K.L., Holden, E.W. & Walker, C.E. (1989) Future Directions in Pediatric and Clinical Child Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 20, 3, 148-152.
- LeBaron, S. & Zeltzer, Lonnie. (1985) Pediatrics and Psychology: A Collaboration that works. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. Vol. 6, 3, 157-161.
- Maddux, J.E., Roberts, M.C., Sledden, Elizabeth, A. & Wriqth, L. (1986) Developmental issues in Child Health Psychology. *American Psychologist*. Vol. 41, 1, 25-34.
- Mc. Daniel, Susan (1995) Collaboration between Psychologists and Family Physicians: implementing the Biopsychosocial Model. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 25, 2, 117-122.
- Mesibov, B.G. (1984) Evolution of Pediatric Psychology: Historical roots to Future Trends. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol. 9, 1, 3-11.
- Millon, T. (1982) On the Nature of Clinical Health Psychology. En: T. Millon, C. Green & R. Meagher. (Eds.) *Handbook of Clinical Health Psychology*. New York, Pergamon Press. Cap. 1.
- Olson, R., Holden, E., Friedman, A., Faust, I., Kenning, M. & Mason, P. (1988) Psychological Consultation in a Children's Hospital: an evaluation of services. *Journal of Pediatric Psychology*. 13, 479-492.
- Pace, T.M., Chaney, J.M., Mullins, L.L. & Olson, Roberta (1995) Psychological Consultation with Primary care Physicians: Obstacles and Opportunities in the Medical Setting. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 26, 2, 123-131.
- Perrin, M.J. (1985) Children with Special needs. *Journal of Developmental and Behavior Pediatrics*. Vol. 6, 4, 225-226.
- Roberts, M.C. (1982) Clinical Child Programs: What and Where are They? *Journal of Clinical Child Psychology*. 11, 13-21.
- Routh, K.D., Schroeder, Carolyn & Koocher, G. (1983) Psychology and Primary Health Care for Children. *American Psychologist*. Vol. 38, 1, 95-98.
- Schneider, G.F. (1978) Psychology and General Health. *Prospects and Pitfalls*. 7, 5-8.
- Schwartz, G.E. (1982) Testing the Biopsychosocial Model: The Ultimate Challenge Facing Behavioral Medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50, 1040-1050.
- Stone, C.G. (1979) Psychology and the Health System. En C.G. Stone, F. Choen & N. Adler. (Eds.) *Health Psychology*. California, Jossey Bass. Caps. 1,3.
- Takanishi, R., DeLeon, P.H., & Pallak, M.S. (1984) Child Health Policy: Next Steps for Psychology. *American Psychologist*. Vol. 39, 8, 894-895.

- Taylor, Shelley (1990) Health Psychology: The Science and the Field. *American Psychologist*. Vol. 45, 1, 40-50.
- Wright, L. (1985) Psychology and Pediatrics: Prospects for Cooperative Efforts to Promote Child Health: a discussion with Morris Green. *American Psychologist*. Vol. 40, 8, 949-952.
- Yancy, W.S. (1985) Pediatric Practice. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. Vol. 6, 4, 196.

## CAPITULO 2

- Bandura, A. & Walters, R. H. (1974) *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid, Alianza.
- Belar, D.C., Deardoff, W.W. & Kelly, E. K. (1978) *The practice of Clinical Health Psychology*. New York, Pergamon Press. Caps. 1,6,7.
- Burbach, D.J. & Peterson, Lizette. (1986) Children's concepts of physical illness: A review and critique of the cognitive-developmental literature. Special issue: Child health psychology. *Health Psychology*. Vol. 5, 3, 307-325.
- Buss, A.R. (1973) An extension of developmental models that separate ontogenetic changes and cohort differences. *Psychological Bulletin*, 80, 466-479.
- Crain, W.C. & Crain, Ellen. (1987) Psychology of the scientist: LVII. Can humanistic theory contribute to our understanding of medical problem-solving? *Psychological Reports*. Vol. 61, 3, 779-788.
- Critelli, J. W. & Neumann, K. F. (1984) The placebo: conceptual analysis of a construct in transition. *American Psychologist*. 39, 32-39.
- Davis, Martha., McKay, M. & Esheiman, Elizabeth. (1985) *Técnicas de Autocontrol Emocional*. Barcelona, Martínez Roca.
- Ellis, A. (1980) *Razón y emoción en Psicoterapia*. Bilbao, Desclée de Brouwer.
- Gil, K. M., Keefe, F. J., Crisson, J. E. & VanDalfsen, P. J. (1987) Social support and pain behavior. *Pain*. 29, 209-217.
- Groger, H. (1986) Contributions of J.K. Friedjung to psychoanalysis & application of psychoanalytic knowledge to pediatric medicine & education. *Sigmund Freud House Bulletin*. Vol. 10, 2, 21-29.
- Guyton, A.C. (1985) *Anatomy and Physiology*. Philadelphia: Saunders. Cap. 2.
- Johnstone, B., Frank, R.G., Belar, Cynthia, Berk, S., Bieliauskas, L.A., Bigler, E.D., Caplan, B., Elliott, T.R., Glueckauf, R.L., Kaplan, R.M., Kreutser, J.S., Mateer, Catherine, Patterson, D., Puente, A.E., Richards, J.S., Rosenthal, M., Sherer, M., Shewchuk, R.,

- Siegel, L. J. & Sweet, J. J. (1995) Psychology in health care: Future Directions. *Professional Psychology: Research and Practice*. 26, 4, 341-365.
- Kaplan, M.R. (1990) Behavior as the central outcome in health care. *American Psychologist*. Vol. 45, 11, 1211-1220.
- Karoly, P. (Ed) (1985) *Measurement strategies in Health Psychology*. New York: John Wiley & Sons. Cap. 4.
- Kazdin, A. E. (1983) *Historia de la Modificación de Conducta*. Bilbao, Desclée de Brouwer. Cap. 6.
- Luthe, W. (1963) Autogenic training: Method, research and application in medicine. *American Journal of Psychotherapy*. 17, 174-195.
- Maddux, J.E., Roberts, M.C., Sledden, Elizabeth, A. & Wright, L. (1986) Developmental issues in child Health Psychology. *American Psychologist*. Vol. 41, 1, 25-34.
- Matarazzo, J. D. (1982) Behavioral Health and behavioral medicine: Frontiers for a new Health Psychology. *American Psychologist*. 37, 1-14
- Meichenbaum, D. & Cameron, R. (1983) Stress inoculation training: Toward a general paradigm for training coping skills. En: D. Meichenbaum & M. E. Jaremko (Eds.) *Stress reduction and prevention*. New York, Plenum. Cap. 3.
- Pace, T.M., Chaney, J.M., Mullins, L.L. & Olson, Roberta (1995) Psychological Consultation with Primary care Physicians: Obstacles and Opportunities in the Medical Setting. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 26, 2, 123-131.
- Peterson, Lizette. (1989) Coping by children undergoing stressful medical procedures: Some conceptual, methodological and therapeutic issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 57, 3, 380-387.
- Peterson, Lizette, Harbeck, Cynthia, Chaney, J., Farmer, Janet & Thomas Ann. (1990) Children's coping with medical procedures: A conceptual overview and integration. *Behavioral Assessment*. Vol. 12, 197-212.
- Peveler, R. C. & Johnstone, D. W. (1986) Subjective and cognitive effects of relaxation. *Behavior Research and Therapy*. 24, 413-419.
- Sarafino, E.P. (1994) *Health Psychology: biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons, Inc. Cap. 1.
- Shapiro, D & Goldstein, Y. B. (1982) Biobehavioral perspectives on hypertension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50, 841-858.
- Schwartz, G.E. (1982) Testing the Biopsychosocial Model: The Ultimate Challenge Facing Behavioral Medicine ? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50, 1040-1050.
- Silva, R.A. (1992) Diseño de investigación con N=1 o series de tiempo. En: Silva, A.R. *Métodos cuantitativos en psicología: Un enfoque metodológico*. México, Trillas, Cap. 2.

- Skinner, B. F. (1975) *La conducta de los organismos: Un análisis experimental*. Barcelona, Fontanella.
- Stone, C.G. (1979) Psychology and the Health System. En C.G. Stone, F. Choen & N. Adler. (Eds.) *Health Psychology*. California, Jossey Bass. Caps. 1,3.
- Takanishi, R., DeLeon, P.H., & Pallak, M.S. (1984) Child Health Policy: Next Steps for Psychology. *American Psychologist*. Vol. 39, 8, 894-895.
- Taylor, Shelley (1990) Health Psychology: The Science and the Field. *American Psychologist*. Vol. 45, 1, 40-50.
- Turk, D. C., Litt, M. D., Salovey, P. & Walker, J. (1985) Seeking urgent pediatric treatment: Factors contributing to frequency, delay, and appropriateness. *Health Psychology*. 4, 43-59.

### CAPITULO 3.

- Baum, A. (1990) Stress, intrusive imagery, and chronic distress. *Health Psychology*. Vol. 9, 635-675.
- Blanchard, E. B. (1987) Long-term effects of behavioral treatment of chronic headache. *Behavior Therapy*. 18, 375-385.
- Block, A. R., Kremer, E. & Gaylor, M. (1980) Behavioral treatment of chronic pain: The spouse as a discriminative cue for pain behavior. *Pain*. 9, 243-252.
- Brooks-Gunn, Jeanne., Boyer, Cherrie & Hein, Karen. (1988) Preventing HIV infection and AIDS in children and adolescents. *American Psychologist*. Vol. 43, 11, 958-964.
- Cohen, F., & Lazarus, R. S. (1983) Coping and adaptation in health and illness. En D. Mechanic (De.), *Handbook of health, health care, and the professions*. New York, Free Press. Cap. 4.
- Cornwall, Anne. (1990) Social validation of psychoeducational assessment reports. *Journal of Learning Disabilities*. Vol. 23, 7, 413-416.
- Croake, J. W. & Myers, Kathleen. (1985) Adlerian methods in the Pediatric setting: A response to Sperry and Meyer. *Individual Psychology Journal of Adlerian Theory, Research and Practice*. Vol 41, 4, 514-517.
- Chan D. A., Salcedo, J. R., Atkins, Darlene & Ruley, E. J. (1986) Munchausen syndrome by proxy: A review and case study. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol. 11, 1, 71-80.
- Chapman, C. R. (1984) New directions in the understanding and management of pain. *Social Science and Medicine*. Vol. 19, 5, 1261-1277.

- Cunningham, S. J., McGrath, P. J., Ferguson, H. B. & Humphreys, P. (1987) Personality and behavioural characteristics in pediatric migraine. *Headache*. Vol. 27, 1, 16-20.
- Demarest, D. S., Hooke, J. F. & Erickson, Marilyn. (1984) Preoperative intervention for the reduction of anxiety in Pediatric surgery patients. *Children Health's Care*. Vol. 12, 4, 179-183.
- Evans, F. J. (1987) Hypnosis. En R. J. Corsini (De.) *Concise encyclopedia of psychology*. New York, Wiley.
- Farber, Dana. (1990) Psychosocial effects of transfusion-related HIV infection in pediatric cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*. 8,4, 41-58.
- Fine, S. & Tonkin, R. S. (1982) Limited Psychiatric consultation to an Adolescent Medicine unit. *Child Psychiatry and Human Development*. Vol. 13,1,48-54.
- Finney, J. W. & Lemanek, Kathleen., Cataldo, M. F. & Katz, H. P. (1989) Pediatric Psychology in primary health care: Brief targeted therapy for recurrent abdominal pain. *Behavior Therapy*. Vol. 20, 2, 283-291.
- Friman, P. C., Finney, J. W., Rapoff, M. A. & Chirstophensen, E. R. (1985) Improving Pediatric appointment keeping with reminders and reduced response requirement. *Journal of Applied Behavior Analysis*. Vol. 18,4, 315-321.
- Friman, P. C., & Warzak, W. J. (1990) Nocturnal enuresis: A prevalent, persitent, yet curable parsomnia. *Pediatrician*. Vol. 17, 1, 38-45.
- Goldstein, Y. B., Jamner, L. D. & Saphiro, D. (1992) Ambulatory blood pressure and hearth rate in healthy male paramedics during a workday and a nonworkday. *Health Psychology*. Vol. 11, 48-54.
- Goodman, J. E. & Mc. Grath, P. J. (1991) The epidemiology of pain in children and adolescence: A review. *Pain*. 46, 247-264.
- Hutchens, Teresa & Hynd, G. W. (1987) Medications and the school-age child and adolescent: A review. *School Psychology Review*. Vol. 16, 4, 527-542.
- Kamen-Siegel, L., Rodin, J., Seligman, M. E. & Dwyer, J. (1991) Explanatory style and cell- mediated immunity in elderly men and women. *Health Psychology*. Vol. 10, 3, 229-235.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York, Springer. Cap. 2.
- Lefebvre, Arlette & Arndt, Erika. (1988) Working with facially disfigured children: A challenge in prevention. *Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 33, 6, 453-458.
- Lin, E. H., & Peterson, C. (1990) Pessimistic explanatory style and response to illness. *Behavior Research and Therapy*. Vol. 28, 2, 243-248.
- Lollar, D.J., Smits, S.J. & Patterson, David, L. (1982) Assessment of Pediatric pain: An empirical perspective. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol 7, 3, 267-277.

- Mc Grath, P. J. (1987) An assessment of children's pain: A review of behavioral, physiological and direct scaling techniques. *Pain*. 31, 147-176.
- McGrath, P. J., Humphreys, P., Goodman, J. T. & Keene, D. (1988) Relaxation prophylaxis for childhood migraine: A randomized placebo-controlled trial. *Developmental Medicine and Child Neurology*. Vol. 30, 5, 626-631.
- Melamed, Barbara. G., Dearbons, M., & Hermecz, D. A. (1983) Necessary conditions for surgery preparation: Age and previous experience. *Psychosomatic Medicine*. 45, 517-525.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965) Pain mechanisms: A new theory. *Science*. 150, 971-979.
- Mohacsy, Y. (1983) Psychoanalysis and Prevention in childhood Mental Health. *Contemporary Psychoanalysis*. Vol. 19, 2, 265-275.
- Olson, Roberta., Holden, E. W., Friedman, Alice & Faust, J. (1988) Psychological consultation in a children's hospital: An evaluation of services. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol. 13, 4, 479-492.
- Olson, Roberta., Huszti, Heather., Mason, P. J. & Siebert, J. M. (1989) Pediatric AIDS/HIV infection: An emerging challenge to Pediatric Psychology. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol. 14, 1, 1-21.
- Paterson, R. J., & Neufeld, R. W. (1987) Clear danger: Situational determinants of the appraisal of threat. *Psychological Bulletin*. Vol. 101, 404-416.
- Perry, J. D. & Flanagan, W. K. (1986) Pediatric Psychology: Applications to the schools needs of children with health disorders. *Techniques*. Vol. 2, 4, 333-340.
- Redd, W.H. & Hendler, C. S. (1983) Behavioral Medicine in comprehensive cancer Treatment. *Journal of Psychosocial Oncology*. Vol. 1, 2, 3-17.
- Richards, J. S., Nepomuceno, C., Riles, M. & Suer, Z. (1982) Assessing pain behavior: The UAB pain behavior scale. *Pain*, 14, 394-398.
- Rifkin, Lori., Wolf, M. H., Lewis, Catherine. & Pantell, R. H. (1988) Children's perceptions of physicians and medical care: two measures. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol 13, 2, 247-254.
- Rovet, Joanne., Ehrlich, R.M. & Czuchta, Debora. (1990) Intellectual characteristics of diabetic children at diagnosis an one year later. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol. 15, 6, 755-788.
- Sarafino, E.P. (1994) *Health Psychology: biopsychosocial interactions*. New York: Jhon Wiley & Sons, Inc. Cap. 5, 11, 12, 13, 14.
- Sears, S. J., & Milburn, J. (1990) School-age stress. En L. E. Arnold (De.) *Childhood stress*. New York, Wiley. Cap. 5.
- Selye, H. (1985) History and present status of the stress concept. En A. Monat & R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping*. New York, Columbia University Press. Cap. 3.

- Smith, Karen., Ackerson, J. D., & Blotcky, A.D. (1989) Reducing stress during invasive medical procedures: Relating behavioral interventions to preferred coping style in pediatric cancer patients. Special issue: Pediatric pain, distress and intervention. *Journal of Pediatric Psychology*. Vol.14,3, 405-419.
- Smith, Karen., Dickerson., Patricia., Saylor, C. F. & Jones, Cindy. (1989) Issues of managing diabetes in children and adolescents: A multifamily group approach. *Children's Health Care*. Vol. 18, 1, 49-52.
- Stehbens, J.A., Kisker, C. T. & Wilson B. K. (1983) School Behavior and attendance during the first year of Treatment for childhood cancer. *Psychology in the Schools*. Vol. 20, 2, 223-228.
- Turk, D. C. & Rudy, T. E. (1986) Assessment of cognitive factors in chronic pain: a worthwhile enterprise? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 54, 4, 760-768.
- Webne, S. Kaplan, Bonnie., & Shaw, Maureen. (1989) Pediatric burn prevention: An evaluation of the efficacy of a strategy to reduce tap water temperature in a population at risk for scalds. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. Vol. 10, 4, 187-191.
- Weidenberg, M. (1977) Pain, and pain control. *Psychological Bulletin*. Vol. 84, 6, 1008-1020.

#### CAPÍTULO 4

- Adler, T. (1990) Does the "new" MMPI beat the "classic"? *American Psychological Association Monitor*. Pp. 18-19.
- Almeida, E., Guarneros, N., Limón, G. & Román, Sofia. (1989) Presente y futuro del trabajo profesional del psicólogo en México. En J. Urbina (comp.) *El psicólogo: formación, ejercicio profesional, prospectiva*. México, UNAM. 787-791.
- Brief amicus curiae of the American Psychological Association, California Association of Psychology Providers. NO. 5002524. (1989) *American Psychologist*. 43, 210-220.
- Broskowski, A. T. (1995) The evolution of health care: Implications for the training and careers of psychologist. *Professional Psychology: Research and Practice*. 26, 2, 156-162.
- Burns, D. L., DeLeon, P. H., Chemtos, C. M., Welch, B. K. & Samuels, R. (1988) Psychotropic medication: A new technique for psychology? *Psychotherapy: Theory, Research and Training*. 25, 508-515.

- Castaneda, A. H., Mc Candless, B. R. & Palermo, D. S. (1956) The children's form of the manifest anxiety scale. *Child Development*. 27, 317-326.
- Castaño, D. (1989) Prospectiva del ejercicio profesional del psicólogo en México. En J. Urbina (comp.) *El psicólogo: formación, ejercicio profesional, prospectiva*. México, UNAM. 779-785.
- Colotla, V. & Gallegos Xóchitl. (1978) La Psicología en México. En R. Ardila (De.) *La profesión del psicólogo*. México, Trillas.
- DeLeon, P. H., Donahue, J., & VandenBos, G. (1984) The interface of psychology and the law. En J. R. McNamara (Eds.) *Critical issues, developments, and trends in professional psychology*. New York, Praeger. Pp. 235-245.
- DeLeon, P. H. (1988) Public policy and public service: Our professional duty. *American Psychologist*. 43, 309-315.
- Derogatis, L. R. (1986) The psychological adjustment to illness scales (PAIS). *Journal of Psychosomatic Research*. 30, 77-91.
- Díaz Guerrero, R. (1980) Momentos culminantes en la historia de la psicología en México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 6, 2, 12.
- Dorken, H., Stapp, J. & VandenBos, G. (1986) Licensed psychologists: A decade of major growth. En: H. Dorken & Associates (Eds.) *Professional psychology in transition: Meeting today's challenge*. San Francisco, Jossey-Bass. Pp. 3-19.
- Durán- González, Lilia. (1992) Eficiencia en la prestación de servicios de salud. *Salud Pública de México*. 34, 46-61.
- Enrigh, M. F., Resnick, R., DeLeon, P. H. Sciara, A. D. & Tanney, F. (1990) The practice of psychology in hospital settings. *American Psychologist*. 45, 1059-1065.
- Galván, Enriqueta. (1989) Actividades de los prestadores de servicio social en las Instituciones del Sector Público. En J. Urbina (comp.) *El psicólogo: formación, ejercicio profesional, prospectiva*. México, UNAM. 523-538.
- González, E. (1988) *Diagnóstico de la salud en México*. México, Trillas.
- Green, C. J. (1985) The use of psychodiagnostic questionnaires in predicting risk factors and health outcomes. En: P. Karoly (De.) *Measurement strategies in health psychology*. New York, Wiley. Cap. 4.
- Harrsch, Catalina. (1994) *Identidad del Psicólogo*. México, Alhambra Mexicana. Cap. 5.
- INEGI. (1993) *Los profesionistas en México*. México, INEGI.
- INEGI. (1995) *Información estadística del Sector Salud y Seguridad Social*. México, INEGI, cuaderno no. 11.
- Johnstone, B., Frank, R.G., Belar, Cynthia, Berk, S., Bieliauskas, L.A., Bigler, E.D., Caplan, B., Elliott, T.R., Glueckauf, R.L., Kaplan, R.M., Kreutser, J.S., Mateer, Catherine, Patterson, D., Puente, A.E., Richards, J.S., Rosenthal, M., Sherer, M., Shewchuk, R.,

- Siegel, L. J. & Sweet, J. J. (1995) Psychology in Health Care: Future Directions. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 26, 4, 341-365.
- Jones, L. R., Mabe, P. A. & Riley, W. T. (1989) Physician interpretation of illness behavior. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 19, 237-248.
- Kurz, R. B., Fuchs, M., Dabek, R. F. & Helfrich, W. T. (1982) Characteristics of predoctoral internships in professional psychology. *American Psychologist*. 37, 1213-1220.
- La Greca, A. M., & Stone, W. L. (1985) Behavioral pediatrics. En N. Schneiderman & J. T. Tapp (Eds.), *Behavioral medicine; The biosychosocial approach*. Hillsdale, Erlbaum. Cap. 2.
- Lafarga, J. (1992) El psicólogo de la UIA en los noventa: del servicio del hombre al conocimiento del hombre. *Revista del Departamento de Psicología, UIA*. 5, 1-2, 22.
- Lartigue, Ma. Teresa & Vives, J. (1990) Orígenes y evolución de los servicios de salud mental en México. *Revista del Departamento de Psicología (UIA)*. 3, 2, 101.
- López, A., Parra, Guadalupe. & Guadarrama, L. (1980) Análisis curricular de la enseñanza de la psicología en México. *UAEM*. México. 20-30.
- Manne, S. L., Bakeman, R., Jacobsen, P. B., Gorfinkle, K., Bernstein, D. & Redd, W. H. (1992) Adult-child interaction during invasive medical procedures. *Health Psychology*. 11, 241-249.
- Martínez, J. & Urbina, J. (1989) Análisis de los estudios sobre el perfil profesional y el mercado de trabajo de los psicólogos. En J. Urbina (comp). *El psicólogo: formación, ejercicio profesional, prospectiva*. México, UNAM. 513-522.
- Martínez-Narváez, G. (1992) Cobertura de los servicios de salud. *Salud Pública de México*. 34, 16-28.
- Melamed, Barbara., & Siegel, L. J. (1975) Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 43, 511-521.
- Melamed, Barbara. G., Dearbons, M., & Hermecz, D. A. (1983) Necessary conditions for surgery preparation: Age and previous experience. *Psychosomatic Medicine*. 45, 517-525.
- Meneses, E. (1976) 25 años de enseñanza de la psicología en la Universidad Iberoamericana 1950-1975. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 2, 1, 122-127.
- Nickelson, D. W. (1995) The future of professional psychology in a changing health care marketplace: A conversation with Russ Newman. *Professional Psychology: Research and Practice*. 26, 4, 355-370.

- Pinto, R. P. & Hollandsworth, J. G. (1989) Using videotape modeling to prepare children psychologically for surgery: Influence of parents and costs versus benefits of providing preparation services. *Health Psychology*, 8, 79-95.
- Piotrowski, C. & Lubin, B. (1990) Assessment practices of health psychologist: Survey of APA division 38 clinicians. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 99-106.
- Ribes, E. (1984) Algunas reflexiones sociológicas sobre el desarrollo de la psicología en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 1, 1, 14-21.
- Ribes, E. (1991) *Psicología y salud: un análisis conceptual*. México, Trillas.
- Rodríguez, Graciela & Palacios, J. J. (1989) Algunas consideraciones sobre la psicología de la salud en México. En J. Urbina (comp.) *El psicólogo: formación, ejercicio profesional, prospectiva*. México, UNAM. 473-482.
- Ruelas, E. (1992) Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. *Salud Pública de México*, 34, 29-45.
- Sánchez-Sosa, J. J. (1991) Evolución y perspectiva de la psicología mexicana para la década de los noventas. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 1-2, 15-16.
- Sarafino, E. P. (1994) *Health Psychology: biosychosocial interactions*. New York, John Wiley & Sons. Cap. 6.
- Scherer, M. W. & Nakamura, C. Y. (1968) A fear survey schedule for children (FSS-FC): A factor analytic comparison with manifest anxiety (MAS). *Behavior Research and Therapy*, 2, 1, 173-182.
- Sweet, J. J. (1991) Psychological evaluation and testing services in medical settings. En: J. J. Sweet, R. H. Rozensky & S. M. Tovian (Eds.) *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York, Plenum. Cap. 2.
- Valderrama, P. (1985) Un esquema para la historia de la psicología en México. *Revista Mexicana de Psicología*, 2, 1, 80.
- Valderrama, P., Lavalle, Ma. Isabel. & Hernández, J. (1989) Un acercamiento al estudio de la dinámica del campo laboral del psicólogo recién egresado. En J. Urbina (comp.) *El psicólogo: formación, ejercicio profesional, prospectiva*. México, UNAM. 539-553.
- Valderrama, P. & Molina, J. (1990) Cinco tesis sobre el desarrollo de la psicología como ciencia y profesión en México. En: Casanova (comp.) *Las profesiones en México*. México, UAM. No. 6.
- Wenneker, M. B., Weissman, J. S. & Espstein, A. M. (1990) The association of payer with utilization of cardiac procedures in Massachusetts. *Journal of the American Medical Association*, 264, 1255-1260.

## CAPITULO 5

- Belar, D.C.; Deardoff, W.W. & Kelly, E. K. (1978) *The practice of Clinical Health Psychology*. New York, Pergamon Press. Caps. 1,6,7.
- Bibace, R. & Walsh, M. E. (1979) Developmental stages in children's conceptions of illness. En: G. C. Stone, F., Cohen & N. E. Adler (eds.). *Health Psychology-A handbook*. San Francisco, Jossey-Bass.
- Chalmers, Beverley. (1993) Annotation: Care of children in hospital. *Child: Care, Health and Development*. 19, 119-126.
- Flay, B. R. (1987) Mass media and smoking cessation: A critical review. *American Journal of Public Health*. 77, 153-160.
- Kulik, J. A. & Carlino, P. (1987) The effect of verbal commitment and treatment choice on medication compliance in a pediatric setting. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 367-376.
- Kulik, J. A., Moore, P.J. & Mahler, H. Y. (1993) Stress and affiliation: Hospital roommate effects on preoperative anxiety and social interaction. *Health Psychology*. 12, 118-124.
- Maddux, J. E., Roberts, M. C. Sledden, E. A. & Wright, L. (1986) Developmental issues in child health psychology. *American Psychologist*. 41, 25-34.
- McKinlay, J. B. (1975) Who is really ignorant phisician or patient? *Journal of Health and Social Behavior*. 16, 3-11.
- O'Donnell, L. O., O'Donnell, C. R., Pleck, J. H., Snarey, J. & Rose, R. M. (1987) Psychosocial responses of hospital workers to acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Journal of Applied Social Psychology*. 17, 269-285.
- Parcel, G. S., Bruhn, J. G. & Cerreto, M. C. (1986) Longitudinal analysis of health and safety behaviors among school children. *Psychological Reports*. 59, 265-266.
- Rodin, J., & Ickovics, J. R. (1990) Community'health: review and research agenda as we approach the 21st century. *American Psychologist*. 45, 1018-1034.
- Sarafino, E P. (1994) *Health Psychology: Biopsychosocial interactions*. New York, John Wiley & Sons. Cap. 15.
- Self, C A. & Rogers, R. W. (1990) Coping with threats to health: Effects of persuasive appeals on depressed, normal, and antisocial personalities. *Journal of Behavioral Medicine*. 13, 343-357.
- Sutton, S. & Hallett, R. (1988) Understanding the effects of fear-arousing communications: The role of cognitive factors and thhe amount of fear aroused. *Journal of Behavioral Medicina*. 11, 353-360.

- Winett, R. A. (1995) A framework for health promotion and disease prevention programs. *American Psychologist*. 50, 5, 341-350.
- Wright, L., & Friedman, A. G. (1991) Challenge of the future: Psychologist in medical settings. En J. J. Sweet, R. H. Rozensky & S. M. Tovian (eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York, Plenum. Cap. 2.
- Yeaton, W. H., Smith, D. & Rogers, K. (1990) Evaluating understanding of popular press reports of health research. *Health Education Quarterly*. 72, 223-234.

## CAPITULO 6

- Altman, D. G. & Green, L. W. (1988) Area review: education and training in behavioral medicine. *Annals of Behavioral Medicine*. 10, 4-7.
- Belar, D.C., Deardoff, W.W. & Kelly, E.K. (1978) *The Practice of Clinical Health Psychology*. New York, Pergamon Press. Caps. 1,6,7.
- Engel, G.L. (1977) The need for a new Medical Model: A Challenge per Biomedicine. *Science*. 196, 126-129.
- Kaufman, K.L., Holden, E.W. & Walker, C.E. (1989) Future Directions in Pediatric and Clinical Child Psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 20, 3, 148-152.
- Maddux, J.E., Roberts, M.C., Sladden, Elizabeth, A. & Wright, L. (1986) Developmental issues in Child Health Psychology. *American Psychologist*. Vol. 41, 1, 25-34.
- Mc. Daniel, Susan (1995) Collaboration between Psychologists and Family Physicians: implementing the Biopsychosocial Model. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 25, 2, 117-122.
- Nickelson, D. W. (1995) The future of professional psychology in a changing health care marketplace: A conversation with Russ Newman. *Professional Psychology: Research and Practice*. 26, 4, 355-370.
- Pace, T.M., Chaney, J.M., Mullins, L.L. & Olson, Roberta (1995) Psychological Consultation with Primary care Physicians: Obstacles and Opportunities in the Medical Setting. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol. 26, 2, 123-131.
- Schwartz, G.E. (1982) Testing the Biopsychosocial Model: The Ultimate Challenge Facing Behavioral Medicine? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50, 1040-1050.
- Taylor, Shelley (1990) Health Psychology: The Science and the Field. *American Psychologist*. Vol. 45, 1, 40-50.

- Verhaak, P. & Wennink, H. (1990) What does a doctor do with psychosocial problems in primary care? *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 20, 151-162.
- Wright, L. (1985) Psychology and Pediatrics: Prospects for Cooperative Efforts to Promote Child Health: a discussion with Morris Green. *American Psychologist*. Vol. 40, 8, 949-952.
- Wright, L., & Friedman, A. G. (1991) Challenge of the future: Psychologist in medical settings. En J. J. Sweet, R. H. Rozensky & S. M. Tovian (eds.), *Handbook of clinical psychology in medical settings*. New York, Plenum. Cap. 2.

