



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

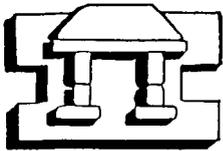
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

"LA ATENCION PSICOLOGICA DE LA SALUD EN UNA INSTITUCION PUBLICA HOSPITALARIA"

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL PARA OBTENER EL TITULO DE: LICENCIADO EN PSICOLOGIA PRESENTA: MAURICIO PEREZ VAZQUEZ

ASESORES:

- MTRA. LETICIA HERNANDEZ VALDERRAMA
MTRA. LAURA PALOMINO GARIBAY
LIC. BLANCA LEONOR ARANDA BOYZO



IZTACALA

TLALNEPANTLA, ESTADO DE MEXICO

2002

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Dedico este trabajo y con mucha satisfacción a mi familia por su apoyo y comprensión, por el respeto y aceptación mutuo en nuestra forma de ser. GRACIAS.

Gracias especiales a todos y cada uno de los profesores que con sus enseñanzas y consejos a lo largo del tiempo contribuyeron a mi formación y la terminación de éste anhelo... vamos por más.

A Taina, porque juntos somos más grandes y mejores. GRACIAS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

La salud pública en México es una necesidad y uno de los principales retos de la post – modernidad. Actualmente el aporte que hace la psicología al campo de la medicina abre nuevas posibilidades de investigación y de servicio.

La salud mental y la calidad de vida representan una gran preocupación en esta materia. Es por ello que la psicología se constituye como una posibilidad real de atención al tener como campo de estudio y aplicación el comportamiento, el aprendizaje y el pensamiento, entre otros.

Quiero dar cuenta de mi trabajo como psicólogo en una institución de salud, y poner de manifiesto la función del psicólogo en el bienestar de la población que acude a los servicios de salud, así como poder hacer una reflexión sobre mi propia práctica profesional. Haré un recuento en materia de salud pública de la psicología y de la salud mental como preámbulo a la presentación del trabajo realizado.

La intervención de la psicología en el proceso de la salud / enfermedad será otro tema a tratar visto ya desde la perspectiva laboral dentro de una institución hospitalaria como el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylan", en donde se tomaron acciones encaminadas a dar apoyo, tratamiento y rehabilitación a la población en general. Dadas las características de la institución, la Terapia Breve, Intensiva y de Urgencias resultó ser una buena opción para nuestro desempeño.

Sin embargo es común todavía la poca utilización de los servicios para problemas emocionales o de conducta, además de que el número de psicólogos en esta área es mínimo, llegando a considerar que un gran porcentaje de la población no recibe el tipo de tratamiento especializado. Es importante entonces considerar toda una estrategia de educación en el ámbito de la salud, no sólo a la población de riesgo, sino a aquellos profesionales involucrados en los servicios de salud y en lo que a formación profesional se refiere.

ÍNDICE

Tema	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. LA SALUD	3
1.1. La salud pública en México	13
1.2. Psicología y salud	23
2. LA SALUD MENTAL	37
2.1. La atención de la salud mental	40
2.2. La aproximación psicológica del dolor	47
3. LA INTERVENCIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN EL PROCESO DE LA SALUD / ENFERMEDAD	58
3.1. Reporte del trabajo realizado en el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylan"	78
3.2. El papel del psicólogo	83
3.2.1. Atención a pacientes internos	86
3.2.2. Consulta externa (Clínica del adolescente)	94
3.2.2.1. Aspectos metodológicos y de intervención	95
4. PROPUESTAS	102
5. CONCLUSIONES	114
REFERENCIAS	120

INTRODUCCIÓN

En toda América Latina la atención a la salud es una prioridad, y México no es la excepción, contando con diversos esquemas de atención para prestar sus servicios como los sistemas de seguridad social o los servicios que ofrece el Estado. Para México es un gran reto, ya que aproximadamente el 50 por ciento de la población no cuenta con seguridad social por lo que corresponde prestar los servicios a instituciones como la Secretaría de Salud.

La medicina tradicionalmente se ha encargado de atender a la salud, siendo los médicos los encargados de llevar a cabo esta tarea con bastante éxito desarrollando potentes armas de intervención como la cirugía y los fármacos, principalmente dentro de un marco de referencia biológico y preocupándose por el bienestar físico. Con los nuevos conceptos en salud en donde se consideran los aspectos mentales y sociales, se entiende entonces como un proceso integral en donde se compenetra el análisis psicológico no como un complemento sino como parte misma del proceso (Ribes, 1990).

Los hallazgos de patologías con síntomas físicos que no se pueden explicar médicamente, así como los temas muy actuales en calidad de vida y salud mental como evidencia de que pueden estar relacionados con factores o conflictos psicológicos, es que se plantea la necesidad de servicios especializados en el campo de la salud pública ya que éste tipo de trastornos aumenta considerablemente y la atención que da la medicina oficial a estos problemas es casi nula.

Los sectores desprotegidos y marginados son los que más necesidades tienen de atención, y el problema aumenta por el hecho de que es muy poca la utilización de los servicios de salud para problemas de orden psicológico. Los prejuicios y el desconocimiento llevan a plantear que un gran porcentaje de la

población no recibe el tipo de tratamiento especializado ya sea porque no es bien diagnosticado o no existe este tipo de servicio.

Es por eso que queremos resaltar la importancia de especialistas en el tratamiento de los trastornos psicológicos, la creación de programas de atención y educación para la salud, no solo a la población de riesgo, sino a aquellos profesionales involucrados en los servicios de salud y de esta forma se puedan crear equipos de trabajo multi e interdisciplinarios que aborden e incidan en los problemas de salud pública en general.

La psicología que estudia el comportamiento, los procesos mentales, la conducta, las interacciones, y otros tópicos como el aprendizaje, la motivación, la percepción, cobra gran importancia en la medida que ha saltado la barrera entre la investigación y el uso práctico, contribuye al cambio y mejoramiento de estructuras sociales teniendo así un valor para la sociedad.

En el ámbito de la salud se dice que lo primordial es la prevención y la psicología ha permitido comprender y conocer cómo en las personas los hábitos, las pautas de comportamiento, las malas interacciones, estilos de vida, fungen como situaciones de riesgo, debido en mucho a que los patrones de enfermedad y morbilidad han cambiado pasando de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónico-degenerativas que se ven muy influenciadas por el estilo de vida actual de las personas.

Es así que queremos dar cuenta de lo que el psicólogo puede realizar en una institución de salud, poner de manifiesto algunas de sus funciones como es el proporcionar bienestar a la población. De igual forma poder hacer una reflexión sobre la práctica profesional del psicólogo y su incidencia en el área de la salud y si cumple un papel real de ayuda y mejoramiento de la salud ayudando con esto a la desaparición de síntomas y/o malestares.

CAPITULO 1.

LA SALUD

La salud como hoy es concebida está a la par con el progreso y el desarrollo humano (Cohen, 1975). El desarrollo y cambio constante en nuestras sociedades ha permitido que ésta también crezca y sea más compleja llevando, en algunos casos, a mejorar la calidad de vida de las personas y en consecuencia un estado de salud óptimo. Con esta perspectiva se señala que el estado de salud es un reflejo de la actual forma de vida de los individuos en una sociedad que le ha permitido adaptarse aún a condiciones cambiantes, constituyendo de esta forma su estado máximo de salud.

Desde la antigüedad para mantener la salud, lo esencial era el soma, el cuerpo humano, la ciencia hizo énfasis sobre éste, limitándole el concepto de salud y oponiéndole el de enfermedad. Desde entonces y hasta hace poco, se consideraba a la salud como una consecuencia de los esfuerzos de la ciencia médica en contra de las enfermedades. La salud era ausencia de enfermedad. La enfermedad era considerada como un proceso biológico, la reacción del organismo o de sus partes a estímulos anormales.

La enfermedad se entendía como un estado o situación en el cual la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales debido a las molestias que sufre, y la salud simplemente era la ausencia de enfermedad.

Durante un largo período se enfatizó el enfoque biológico de la medicina y que de hecho fue necesario, ya que luchó contra ideas mágicas de las enfermedades y las dificultades que se presentaban por la disponibilidad de recursos. A esto agregamos el prestigio de la comunidad médica por parte de la

población dados los efectos que sobre ésta producían las enfermedades y su cura. Es así que el aspecto biológico cobra gran fuerza para atender a la salud debido a los éxitos obtenidos por la ciencia médica, creando así un modo de razonar el problema que subsiste aún en nuestros días entre algunos médicos muy apegados a la tradición biologicista.

Sin embargo para mantener la salud no depende sólo de un proceso biológico, sino es una experiencia compleja de los seres humanos, misma que puede afectar en forma determinante su modo de vida. Es por eso que hoy en día se considera que "no hay enfermedades sino enfermos". Este cambio de orientación conceptual sobre la enfermedad constituyó toda una revolución que marcó el tránsito de la medicina de ciencia biológica a ciencia social.

No es sino hasta el siglo XIX y con el devenir de los avances que se estaban sucediendo en materia de producción, el auge del capitalismo, la nueva industria y hasta el pensamiento filosófico por parte de grandes pensadores como Marx y Engels quienes indicaban que estos cambios traían a la par la explotación de las masas desposeídas en donde se reflejaba una falta de salud física y un progresivo envilecimiento de la condición humana, dando paso así a nuevas perspectivas y formas de ver y atender la salud.

Por otro lado las enfermedades que azotaron al orbe, principalmente Europa y de donde se pudo considerar que las enfermedades no eran problemas de individuos sino que afectaban a grandes colectividades como fueron las epidemias y endemias, y que eran el reflejo de su cultura y las condiciones de vida y peor aún, representaban una merma fundamental en la productividad, en la economía de una población o un país. Este tipo de eventos permitió bajo la presión de las personas responsables y de los gobiernos, la creación de las instituciones de salud. De esta forma se empezó a poner de manifiesto que la salud física iba aparejada al mejoramiento de la condición humana, diferente al concepto clásico de salud que se basaba en el bienestar único de la persona.

Esta otra perspectiva de salud permitió ver que ciertas disfunciones o daños morfológicos no implican necesariamente la presencia de enfermedad. Existen situaciones que van condicionando el estado de salud y que rebasa al soma, esta tiene que ver con la subjetividad y el comportamiento individual, el ámbito natural y social en que el individuo vive, y los determinantes económicos de su propia realidad (Morales, 1999), de esta forma se puede concebir una definición de salud tomando en cuenta los diversos fenómenos complejos que le acompañan.

Tradicionalmente a la salud se le definía como ausencia de enfermedad y como nos dicen Rodríguez y García (1996), es posiblemente a que se entendía mejor la enfermedad que la salud. La enfermedad se asocia a sensaciones de malestar que son perceptibles como un dolor, una hemorragia, la fiebre, etc., y que inciden en la capacidad funcional de la persona. En cambio el estado de salud propiamente dicho no se percibe en primera instancia, se atendía a la enfermedad y no a la salud, siendo, que el estado de salud está ligado a parámetros biológicos, la enfermedad a alteraciones fisiológicas o anatómicas que se manifiestan en desviaciones de los parámetros normales. La salud se definía así, como la normalidad frente a la anormalidad, y que esta normalidad también se establece culturalmente, -por lo que como ya se había mencionado- se habla también de la construcción social de la enfermedad, es por eso que estas también han cambiado y esto ha permitido añadir el aspecto psicológico y social.

Sigerist (citado en: Morales, 1999), un estudioso de origen suizo, partiendo desde la antigua tradición romana de *Mens sana in corpore sano* (mente sana en cuerpo sano) tiene una fuerte influencia a mediados del siglo XX al considerar que la salud se debe considerar también desde un sentido social. Planteaba que: *"Un individuo sano es aquel que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente, y se halla bien ajustado a su entorno físico y social; controla plenamente sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales - siempre que no excedan los límites normales- y contribuye al bienestar de la sociedad según su capacidad. La salud no es, en consecuencia, la simple*

ausencia de enfermedad: es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y una aceptación optimista de las responsabilidades que la vida impone al individuo".

Bajo esta perspectiva las organizaciones e instituciones de salud crean una nueva definición de salud con el propósito de promover y coordinar las acciones dirigidas a conservar la salud, combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico, mental y social de los habitantes. De esta forma en el año de 1948 el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud la definió como:

*"el estado absoluto de bienestar físico, mental y social,
y no la mera ausencia de enfermedad".*

Es con esta que aparece un concepto de salud integral, que implica que en el proceso de salud existen factores personales, grupales, sociales y culturales que son determinantes, tanto en el origen como en el mantenimiento, evolución y pronóstico del proceso de enfermar. Esta definición no se ha escapado a las críticas y el análisis de su contenido, y que no es tarea de este trabajo, ya que como dicen Hernández y cols. (1994), a pesar de los años continúa siendo aceptada y reconocida adaptándose a las características y recursos de cada nación.

Esta concepción responde a las necesidades crecientes de salud y nuevas enfermedades, de cuyos hallazgos se considera que en su génesis cobran gran importancia los comportamientos. Rodríguez y García (1996), nos dicen que al hablar y considerar los comportamientos de riesgo frente a poblaciones que pueden afectar a la salud, el análisis correspondería a la psicología en general.

Desde la antigua Grecia y en diversas culturas como la hindú o la árabe ya se tenía la noción de que la base de la salud era el equilibrio, entre el alma y el cuerpo, entre los hombres y los dioses, la vida armoniosa y los excesos.

Posteriormente con los avances de la ciencia y el surgimiento del capitalismo surge la idea -bien documentada y experimentada- de la influencia de agentes patógenos que afectaban al organismo, la medicina crea así el esquema "una causa - un efecto - un tratamiento". La biología y la medicina crean un modelo *unicausal* de las enfermedades con gran fuerza aún en el siglo XX y el que estamos empezando.

Por otro lado, con el surgimiento e idea de los aspectos sociales de la enfermedad se orienta hacia la *multicausalidad* partiendo de que la naturaleza del hombre es esencialmente social y no se puede atribuir exclusivamente a lo biológico y a lo natural la causa de las enfermedades, considerando así la diversidad de factores que actúan en el medio ambiente, esto nos lleva a retomar una perspectiva ecológica (Morales, 1999). Cabe mencionar que ésta perspectiva engloba diversas disciplinas en donde la psicología ocupa un lugar importante.

Este estudio de multicausalidad depende de varios factores que tenemos que tomar en cuenta:

- a) El agente, el huésped y el medio ambiente.
- b) El conjunto causal que resulta de múltiples influencias, características, variaciones o factores de riesgo de cada uno de los tres elementos.
- c) La reacción o respuesta del huésped a los estímulos patógenos derivados de dicha interacción multicausal.

De estos se pueden establecer dos períodos en el proceso de la enfermedad: 1. se realiza en el medio ambiente, antes de ser afectado el hombre, y comprende el período prepatogénico y 2. una vez que ha sido afectado, y es el período patogénico o curso natural de la enfermedad.

1. *Período prepatogénico* (factores de riesgo)

Este período comprende los factores de riesgo en relación con el agente, el huésped y el ambiente, y presenta las siguientes características:

- ❖ Ocurre en el medio ambiente, antes de ser afectado el hombre o una población.
- ❖ Es parte del estado aparente de salud, de equilibrio ecológico.
- ❖ Es anterior a las manifestaciones subclínicas.
- ❖ Es asintomático desde el punto de vista clínico, pero no epidemiológico.
- ❖ Es la etapa de interacción de los factores de riesgo.

Agente

Es todo elemento, sustancia o fuerza animada o inanimada, cuya presencia o ausencia, puede, estando en contacto efectivo con un huésped humano susceptible y en condiciones ambientales propicias, servir como estímulo (biológico, psicológico y/o social) para iniciar o perpetuar el proceso de enfermedad.

Agentes Físicos

Son aquellos factores físicos ambientales, como radiaciones, temperaturas altas o bajas, humedad, ruido, energía eléctrica, traumatismos, que pueden originar enfermedades.

Agentes Químicos

Las enfermedades que resultan de exposición a sustancias químicas, son tal vez las más frecuentes, pues casi todas las ocupaciones incluyen alguna actividad en la que se usan factores de riesgo. Algunas son inocuas, otras son extremadamente peligrosas, dependiendo de su naturaleza química, propiedades físicas, tolerancia individual, concentración, duración de la exposición, etc.

Los polvos y partículas suspendidas en el ambiente del hogar, escuela o cualquier lugar de actividad humana, constituyen una de las causas que con más frecuencia producen enfermedades respiratorias. Se trata de polvos minerales o rocosos y polvos orgánicos que provienen de plantas y

animales. La ingestión de medicamentos es otro riesgo que hay que tener presente en el hogar.

Agentes Biológicos

Parásitos, animales, bacterias, virus.

Agentes Psicológicos

Los agentes psicológicos que causan enfermedad son: los conflictos, las frustraciones y tensiones emocionales que los acompañan, como cólera, miedo, angustia.

Agentes Sociales

Se entiende por agentes sociales aquellos que están relacionados con la interacción de los vínculos que forman las personas con los grupos, comunidades y demás seres sociales. Los riesgos de vida social son: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, pandillerismo, etc.

Huésped

El huésped es el sujeto de una enfermedad, y de su individualidad biológica, psicológica y social depende el que sea factible de enfermarse. Contiene los factores de susceptibilidad o de resistencia a las enfermedades, como herencia, inmunidad, grupo étnico, edad y sexo, hábitos y costumbres, ocupación y desarrollo de la personalidad.

Ambiente

Es todo aquello que existe fuera del organismo vivo, todo lo que nos rodea en el universo externo; es el medio físico, biológico y social (socioeconómico – cultural) en el cual el organismo vegetal o animal vive; incluye todos los factores o circunstancias externas ante las cuales los seres vivos reaccionan o pueden reaccionar; estas circunstancias pueden influir en forma positiva o negativa en la actividad orgánica. El ambiente

está compuesto por una multiplicidad de factores que pueden clasificarse en la forma siguiente:

- a) Ambiente orgánico o físico y geográfico, que incluye el clima, la topografía y todas las condiciones mecánicas o inertes que nos rodean.
- b) Ambiente orgánico o biológico, que incluye la flora, la fauna y todas las manifestaciones de la vida que tienen influencia sobre el individuo o el grupo.
- c) Ambiente superorgánico o socioeconómico y cultural, que incluye todo lo que el hombre ha inventado como ser social.

2. *Período Patogénico*

Se inicia en el momento en que entran en interacción el estímulo y el huésped; la respuesta o reacción de éste ante el estímulo de enfermedad se traduce en cambios orgánicos y funcionales a través de todo el período patogénico, lo cual constituye las etapas evolutivas del curso natural de la enfermedad.

Tanto la epidemiología como la clínica, comprenden tres fases de estudio de la enfermedad: la de invasión, la de estado y la de convalecencia, que en el período patogénico se engloba en dos etapas: etapa subclínica y etapa clínica.

1. *Etapas Subclínica*

Corresponde, en la evolución natural de la enfermedad, a la fase de invasión del agente en un huésped susceptible o no susceptible; en ella se presentan síntomas mínimos o generales, inespecíficos. Es de escasa o limitada duración, cuyo diagnóstico sólo puede confirmarse con exámenes de laboratorio (reacciones febriles, papanicolau, biometría hemática,

coeficiente intelectual, exámenes de conducta, etc.); en esta etapa quedan incluidas formas ambulatorias y las de infección inaparente.

La etapa subclínica comprende: el contacto y entrada del agente, su desarrollo y multiplicación en el huésped, los cambios anatómicos (anatomía patológica), fisiológicos (fisiopatología), bioquímicos y psicosociales, tanto locales como sistémicos, investigados en un individuo o en un grupo determinado.

Contacto con el agente

Cuando hablamos de contacto, nos estamos refiriendo a la forma como se transmiten las enfermedades. Cuando el agente es infeccioso, el contacto puede ser directo o indirecto. En el primer caso, el agente patógeno pasa de una persona a la otra sin la intervención de objetos intermediarios, como sucede en las enfermedades venéreas, sarna, etc. En caso de contacto indirecto, que es el más frecuente, no hay unión física entre el reservorio y el nuevo huésped, sino que se realiza a través de un elemento vivo o inanimado que lleva al agente patógeno desde el reservorio hasta el nuevo huésped.

En agentes no infecciosos (sustancias irritantes, toxinas), el contacto puede ser cutáneo (carcinoma de la piel), respiratorio (carcinoma del pulmón, de los senos nasales), alimentación (intoxicaciones), etc.

Entrada del agente

De acuerdo con la forma habitual de entrada del nuevo huésped, se distinguen afecciones cuya puerta es la vía:

- i) Respiratoria.
- ii) Digestiva.
- iii) De la piel a las mucosas.
- iv) De los sentidos.

Al entrar los agentes, pueden seguir las vías de los conductos naturales (gastrointestinales, rino-faríngeos, urinarios, genitales), o bien los hemáticos y linfáticos, hasta llegar al lugar donde se fijan para su multiplicidad y desarrollo.

Horizonte Clínico

Se denomina horizonte clínico al momento en que el conjunto de estímulos que participan desde el período prepatogénico, son percibidos como manifestaciones de enfermedad por el sujeto o por observadores externos. Determina el lapso que transcurre entre el momento en que tiene lugar el estímulo o conjunto causal y la primera manifestación de enfermedad.

II. Etapa Clínica

Corresponde al estado de enfermedad, que se manifiesta en el individuo (huésped) con toda la variada gama de datos clínicos a que da origen. El enfermo clínico es aquel que presenta un cuadro reconocible, que puede ser típico o atípico, pero en todo caso, llama la atención del individuo, la familia y el médico.

La etapa clínica en la historia de la enfermedad comprende: signos y síntomas de la enfermedad y sus complicaciones, para elaborar diagnóstico diferencial, incapacidad, recuperación, defecto o daño, estado crónico, muerte.

Algo que hay que tener presente una vez que aceptamos éste enfoque multicausal es que las enfermedades varían según el ambiente, distribución, interacción y concentración de agentes nocivos así como de la susceptibilidad y resistencia de los individuos en un conglomerado. Por otro lado que los ambientes sociales y naturales no son estáticos y las enfermedades van cambiando conforme evoluciona la sociedad. La distribución de espacios físicos, como es el caso del clima que aún en una misma región cambian y como hemos visto van cambiando,

y la realidad social en la distribución de recursos materiales y riquezas, oportunidades y acceso a servicios. Por último y como consecuencia de lo anterior la calidad de vida que podamos encontrar en diferentes lugares.

Todas estas consideraciones son importantes para la psicología de la salud. El psicólogo de la salud debe partir de una lectura o interpretación de la realidad en que se está moviendo, conocer cuáles son en ese contexto los problemas de salud más frecuentes y cuáles son sus determinantes, y a partir de estos datos, establecer las prioridades para su trabajo (Morales, 1999).

1.1. La Salud Pública en México

La salud pública es una ciencia de síntesis que esta interesada en formar un verdadero cuerpo de conocimientos acerca de las condiciones de salud en la sociedad. Cohen (1975), la define así: "LA SALUD PUBLICA ES LA EXPLICACIÓN OBJETIVA Y RACIONAL DE LOS PROCESOS DE SALUD DE LAS COLECTIVIDADES HUMANAS".

Es explicación porque describe el proceso de salud señalando las diversas partes de su evolución y así mismo los enlaces peculiares que rigen cada fase, encontrando los nexos de éstas y de todo el proceso con los demás procesos de la naturaleza.

Es objetiva porque es en el proceso mismo de la salud, en el proceso de socialización, en donde se encuentra la fuente de su investigación, lo cual implica que observa, hipotetiza y experimenta todo conocimiento acerca de la salud.

Es racional porque es la representación mental del proceso de la salud, lo que quiere decir que es por medio del conocimiento racional que se establecen las

conexiones entre las partes del proceso, y del proceso total con los demás procesos existentes.

Toda la explicación que nos da este autor, acerca de la objetividad y racionalidad de la Salud Pública, se refiere a los procesos de salud de las colectividades humanas porque éste es el objeto; la relación e interacción, sobre el cual centra únicamente su actividad de conocimiento. La salud de las colectividades humanas existe independientemente de cómo sea imaginada o interpretada, es origen y centro único de corroboración de salud pública.

Esta definición y su explicación es en resumen de la que Terris (Citado en: Morales, 1999), expone ampliando la que en 1920 Winslow presentó y que se consideraba para ese tiempo la más completa, pero que representaba la realidad de entonces (enfermedades infecciosas y prevención de contagio), la definición propuesta es:

"La salud pública es la ciencia y arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de la higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud".

De acuerdo a Hernández y cols. (1994), esta concepción más moderna de salud ha permitido que en los últimos años el Instituto Nacional de Salud considere a la salud pública como:

"El estudio científico de las condiciones de salud y de la organización de todo tipo de servicios, desde la perspectiva especial de las poblaciones humanas en sus ecosistemas físicos y sociales".

La atención de la salud en todos los países de América Latina es una prioridad, y México no es la excepción. Para esto existen varios sistemas de salud con diversos esquemas de atención para prestar sus servicios. Dependiendo de la situación laboral de las personas si trabajan en la iniciativa privada o una institución gubernamental cuentan con la protección de seguridad social (IMSS, ISSSTE). La población que no cuenta con seguridad social o capacidad de pago cuenta con los servicios que ofrece el Estado como la Secretaría de Salud. En última instancia existe la población con solvencia económica que puede tener acceso a los servicios de atención privada.

Dentro de la década de 1980 se creó el sistema Nacional de Salud integrando a todas las instituciones de salud bajo la rectoría de la Secretaría de Salud con el propósito de:

- ❖ Brindar Atención Médica proporcionando los servicios y abatiendo las enfermedades así como los accidentes.
- ❖ De Salud Pública, promover y coadyuvar al mejoramiento de la salud.
- ❖ De asistencia social contribuyendo al bienestar de la población.

En México actualmente el Sistema Nacional de Salud esta integrado por:

- Sistema Nacional o Sector Salud
 - Público o para población abierta
 - Secretaría de Salud
 - IMSS
 - Servicios Estatales
 - Seguridad Social
 - Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado
(ISSSTE)
Servicios Médicos de Petr6leos Mexicanos
Otros.

- Sistema Tradicional
Parteras Empíricas
Curanderos
Otros.

- Sistema Popular
Autocuidado
Amas de casa
Redes de Apoyo Social.

La asistencia a la salud de la población en México representa grandes retos, Rodríguez y Rojas (1998), reportan que en México aproximadamente sólo el 55 por ciento de la población cuenta con seguridad social y el resto de la población potencialmente debería recibir la atención por parte de los servicios que proporciona el Estado por medio de la Secretaría de Salud. Su importancia práctica de asistencia social reside en la posición final de toda ciencia: la intervención para conseguir la promoción de la salud de las colectividades humanas para una vida más rica, productiva y satisfactoria.

En forma general la prestación de servicios se da a tres niveles:

1. *Prevención primaria*; es el enlace entre la población y el sistema de atención a la salud. En el se llevan a cabo actividades de promoción a la salud y prevención de las enfermedades, así como de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes, que generalmente no requieren de tecnología sofisticada pero sí de personal altamente calificado.

Promoción de la salud

Pretende mantener al individuo en estado de normalidad, de bienestar físico y mental, y en equilibrio con su ambiente. Es decir no se refiere a alguna enfermedad en particular.

Prevención Específica.

Son medidas específicas en cada enfermedad, con el fin de evitarla.

Estos servicios se ofrecen en unidades como los centros de salud, unidades de medicina familiar, etc., es en estos donde se resuelve aproximadamente el 80% de los problemas de salud.

2. *Prevención secundaria;* se refiere al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y a la limitación del daño, de una enfermedad en evolución para modificar las alteraciones progresivas: células, tejidos y órganos, evitando lesiones orgánicas más graves que produzcan una mayor incapacidad.

Permite anticiparse al horizonte clínico y atiende a las enfermedades en las que fue posible aplicar la acción preventiva antes de que se manifestara la enfermedad, y las alteraciones neoplásicas, degenerativas, metabólicas y genéticas.

En este se ofrecen los servicios de clínicas especializadas y hospitales generales los cuales atienden problemas de salud que requieren del uso de tecnologías de mediana complejidad.

3. *Prevención Terciana;* se refiere al proceso de rehabilitación física, socioeconómica y psicológica, para corregir hasta donde sea posible, la incapacidad o el daño producido y para que pueda adaptarse el paciente a sus condiciones de vida y fomentar la productividad.

Es la atención a través de subespecialidades que se lleva a cabo en unidades hospitalarias altamente especializadas como son los institutos de salud.

Dentro del marco de lo que es la Salud Pública en México y habiendo definido su funcionalidad, el Manual de Organización General de la Secretaría de Salud publicado en el Diario Oficial en julio de 1998, nos da una reseña de los acontecimientos más importantes que han ocurrido en la evolución histórica de los servicios de salud en nuestro país. Esta marca cuatro etapas que abarcan desde la época de Independencia hasta nuestros días.

1ª. En esta primera etapa se considera el período que va desde los inicios del siglo XIX hasta los inicios del siglo XX con la promulgación de la Constitución de 1917. Durante este período no se concebía aún un sistema público de prestación de servicios de salud, toda vez que el Gobierno de la República se limitó a llevar a cabo acciones de control epidemiológico, fundamentalmente en puertos y fronteras. La asistencia social se manifestaba en acciones aisladas que prestaban las organizaciones eclesíásticas, las instituciones de beneficencia privada y los particulares, de manera desarticulada y casuística.

Posteriormente, la desamortización de los bienes del clero dio lugar a que las instituciones de asistencia en el Distrito Federal quedaran bajo el control del Gobierno Federal. Con ello, la autoridad ejercía la vigilancia de los establecimientos asistenciales administrados por el ayuntamiento, a través de la Secretaría de Gobernación.

En 1846 se crea el Consejo Superior de Salubridad, el cual, en 1872 fue transformado. Poco después se crearon juntas de salubridad en cada uno de los estados, así como juntas de sanidad en los puertos. El primer Código Sanitario se expide en 1894, el cual concedió facultades al Ejecutivo Federal sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios. En 1899 entró en vigor la Ley de Beneficencia

Privada para el Distrito Federal y Territorios Federales, la cual establecía una Junta para promover y vigilar los establecimientos.

Cabe destacar que en la segunda mitad del siglo XIX, el Estado no asumió la responsabilidad de prestar atención médica conforme a un criterio de universalidad. Las acciones efectuadas de prevención y restauración de la salud, en su mayoría, se constituían en expresión de algunos grupos y sistemas sociales preocupados por el bienestar de ciertos núcleos de población desprotegidos.

2ª. La segunda etapa se inicia con la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, cuyo artículo 73 prevé la creación de dos autoridades en materia de salud: el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General, y concluye en 1982.

La Constitución de 1917 atiende a los derechos sociales, como se puede observar en el artículo 123, que establece las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores.

En 1934 entró en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, que previno la celebración de convenios entre el Departamento de Salubridad y los Gobiernos de los Estados para que se crearan los Servicios Coordinados de Salud Pública, órganos regionales de competencia coordinada y concurrente, para así sumar los esfuerzos de los niveles de gobierno y lograr la unificación técnica de los servicios.

En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia, la cual, en 1943, se fusionó con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy día la Secretaría de Salud.

Por lo tanto, esta segunda etapa se caracteriza por la centralización de los servicios de salud. Se desarrollaban acciones importantes, pero que no estaban

programadas en forma integral, lo que generaba la dificultad de definir en esta etapa un Sector Salud formalmente constituido.

3°. En 1982 puede considerarse que surge una tercera etapa, en la cual, entre las primeras acciones que se emprendieron, destaca la adición al artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 3 de febrero de 1983. Con ello se consagraba el derecho a la protección de la salud como una garantía social, al señalar que la ley establecerá las bases y modalidades del acceso a los servicios de salud y distribuirá la concurrencia en materia salubridad general entre la Federación y las Entidades Federativas.

El 30 de agosto de 1983 se expidió el Decreto mediante el cual el Ejecutivo Federal establece las bases a las que se sujetará el programa de descentralización de los servicios de salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con el cual se puede considerar que da inicio el objetivo de la descentralización.

Con base en este Decreto, en febrero de 1984 los gobiernos Federal y Estatal, en el marco del Convenio Único de Desarrollo, convinieron en promover la descentralización de la vida nacional y fortalecer las bases del régimen federal, así como realizar las acciones necesarias para llevar a cabo la integración programática de los servicios de salud en los estados y, posteriormente, la integración orgánica de los servicios de salud a población abierta a cargo de la SSA, del IMSS – COPLAMAR y de la propia identidad.

El 16 de agosto de 1984, se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las bases de coordinación para la integración y descentralización de los servicios de la SSA y el Departamento del Distrito Federal. La expedición de los instrumentos jurídico – administrativos referidos con antelación, derivaron en modificaciones substanciales acontecidas al interior de la Secretaría. A partir de

1982 y en atención a la nueva concepción de organización y prestación de los servicios de salud a población abierta, se llevaron a cabo cambios de fondo en el esquema de organización y funcionamiento de la dependencia, a efecto de conformar la infraestructura administrativa necesaria que sustentara el desarrollo de las nuevas facultades y funciones conferidas a la secretaría. Asimismo esta etapa se caracterizaba por un esfuerzo de descentralizar los servicios a la población, así como un intento de la simplificación y racionalización de las estructuras, procedimientos y sistemas de gestión. El 21 de enero de 1985, se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, con lo cual la SSA cambió de nombre por Secretaría de Salud.

Una de las acciones más importantes, realizada el 14 de junio de 1991, fue referente a las modificaciones a la Ley General de Salud en las materias de planificación familiar, efectos del ambiente en la salud, control sanitario de medicamentos, psicotrópicos, publicidad, control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, así como de autorizaciones sanitarias y sanciones administrativas. Por su importancia merece destacarse que en julio de 1991 se estableció un nuevo esquema de organización de la Secretaría que atendió a las reformas legislativas y a las necesidades del país en la materia de salud.

4°. Finalmente, podría hablarse de una última etapa que se desarrolla en la Administración pasada durante la cual el Gobierno Federal para el período 1994-2000, y en cumplimiento con la política de racionalización del Presupuesto Federal, se encuentran dos momentos de importancia en la estructura orgánica y funcional de la Secretaría de Salud.

Primeramente se puede mencionar que el 25 de septiembre de 1996, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los servicios de salud en las 31 entidades federativas, concentrándose en 1997 con la firma de los convenios correspondientes para su

creación como organismos públicos descentralizados. Asimismo, la S. S., con apego al Convenio de Coordinación para la Descentralización de los Servicios de Salud para la Población Abierta del D. F., transfiere al Gobierno del D. F. los recursos humanos, materiales y financieros que integraban los Servicios de Salud Pública en el Distrito Federal.

En un segundo momento en esta etapa, el 1º de julio de 1997, se presentan cambios importantes en la estructura orgánica de la Secretaría, motivados por la necesidad de modificar el modelo organizacional con que se operaba, ya que como resultado de la descentralización de los servicios de salud, esta dependencia se ubica en un marco de operación eminentemente normativo y coordinador, razón por la cual se realizaron diversos cambios.

De esta manera se publica en el Diario Oficial de la Federación el nuevo Reglamento Interior de la S. S. y el Acuerdo de Adscripción de sus unidades administrativas, con fechas 6 de agosto y 18 de diciembre de 1997, respectivamente, los cuales reflejan cambios en su estructura orgánica.

Con fecha 7 de mayo de 1998, se publica en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo que modifica al de adscripción orgánica de las unidades administrativas de la S. S. Esta modificación atiende a que los programas y actividades de carácter internacional, están dirigidos principalmente a fortalecer los programas prioritarios de esta secretaría en materia de prevención de enfermedades. En virtud de lo anterior se adscriben al tramo de control de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, la Dirección General de Asuntos Internacionales.

La actual conformación y reordenamiento tiene como propósito contar con estructuras organizacionales que coadyuven al logro de objetivos institucionales, sectoriales y del Gobierno Federal, a través del fortalecimiento de funciones sustantivas para el eficiente desarrollo de los programas asignados a cada unidad

administrativa, con el fin de que respondan a las necesidades reales de operación y productividad en beneficio de los usuarios, dentro de un esquema de optimización de recursos existentes en la Secretaría de Salud. Cabe señalar que esta última etapa de reestructuración en la estructura básica de la S. S., no implicó de manera alguna impacto presupuestal, ya que su conformación se realizó con base en los recursos existentes.

Es así que la misión del sector salud es consolidar el Sistema Nacional de Salud a fin de mejorar la calidad de los servicios que brinda a la población abierta en un contexto ecológico y social, propicio para su desarrollo y sustento, a través de las unidades médicas de 1º, 2º y 3er. Nivel de atención a lo largo y ancho del territorio nacional (Manual de Organización, S.S.).

1.2. Psicología y Salud

El hacer presente a la psicología en el ámbito de la salud aún para los psicólogos inmersos en este campo de estudio y en la búsqueda por definir una psicología de la salud a planteado diversos problemas que van desde el poder insertarse a las instituciones encargadas de los problemas de salud y realizar propiamente su trabajo, hasta la complejidad de contar con un marco de referencia propio que haga valer las aportaciones propias de la psicología. Es por eso que con tan sólo tres décadas la psicología de la salud es ya hoy una aplicación práctica con algunos problemas para su desarrollo pero que se consideran ajenos a ésta.

Como ya se ha mencionado, es la medicina quien tradicionalmente atiende a la salud, su interés principal es la salud física, y el bienestar en ésta se considera como uno de sus principales logros, ello ha sido una constante a través de la historia; no es sino hasta la segunda mitad del siglo que acaba de terminar,

que la procuración y preocupación de los profesionales de la salud se torna más hacia aspectos como el mejorar la calidad de vida.

Al cambiar el concepto de salud, los modelos para atenderla cambian. Si bien es cierto que para curar una enfermedad infecciosa es indispensable la utilización de procedimientos farmacológicos y para componer un fémur fracturado o extirpar un apéndice son útiles los procedimientos quirúrgicos, también es cierto que ni uno ni el otro permiten prevenir la aparición de ciertos estados de malestar como un infarto, que un individuo sea capaz de controlarse en situaciones de estrés, o de manera general hacer frente a los denominados problemas esenciales o funcionales.

Esto permitió, el surgimiento de nuevas áreas de la medicina como la preventiva o medicina natural que se centran en incidir sobre los hábitos de vida de las personas. Paralelamente se ha permitido que otros profesionales atiendan a pacientes afectados de distintos trastornos caracterizados como psicológicos o funcionales (cefalea, asma, insomnio, impotencia sexual, entre otros). De esta forma se ha superado la dicotomía físico-mental en donde los psicólogos han abordado este tipo de problemas.

"Lo que el individuo hace o las conductas que lleva a cabo determinan la forma de actuación de su organismo (funcionamiento biológico) y en concreto la forma en que este organismo se desorganiza y enferma" (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990). Ribes (1990), nos dice que al insertarse la psicología en el campo de la salud va más allá de la atención de los estrechos límites de la salud mental centrándose en la importancia de los factores derivados en el comportamiento individual en la prevención y tratamiento de los problemas de salud, tal y como lo hace la perspectiva médica.

García - Alcaraz (1997), nos dice claramente, que existen patologías con síntomas físicos que no se pueden explicar médicamente, es aquí donde se

plantea la necesidad de un servicio especializado, ya que son trastornos que no tienen hallazgo orgánico conocido lo cual representa una evidencia de que los síntomas pueden estar relacionados con factores o conflictos psicológicos, y como tal la psicología puede y ha entrado a atender problemas de salud.

El campo de la psicología de la salud ha tenido avances muy significativos en poco tiempo. Es a partir de la Segunda Guerra Mundial, con los avances de la psicología clínica y el campo de la salud donde se fue percatando que en ocasiones los problemas físicos tenían concomitantes psicológicos.

Se menciona a la psicología clínica ya que en su práctica es un modelo de atención centrado en la enfermedad propiamente dicho "la mental" y que sus experiencias y aportes son importantes para concebir una psicología de la salud.

En el ámbito de la salud la concepción de los factores psicológicos en el campo de la medicina permite ver el interés de la psicología en un campo por excelencia médico que aún cuando su interés no es el tratamiento psicológico es importante por considerar los comportamientos adecuados para una buena evolución de la enfermedad así como un mejor trato y asistencia de los pacientes.

La medicina conductual que ha influido fuertemente en la década de 1970 y que busca facilitar y promover la integración de conocimientos y la coordinación de esfuerzos de las distintas disciplinas implicadas de manera más o menos directa en el área de la salud (Labrador, Muñoz y Cruzado, 1990; Rodríguez y Rojas, 1998), resalta el papel de los comportamientos aprendidos en el origen y la manifestación de las enfermedades y buscando medios para su tratamiento. Pomerleau y Brady (citados en: Vega, Quiroz, Landa y Carpio, 1999), hacen referencia a ésta como la aplicación de principios, técnicas y procedimientos de la terapia conductual a la evaluación, tratamiento, manejo, rehabilitación y prevención de la enfermedad física y la validación y refinamiento de tales técnicas aplicadas a problemas médicos y asuntos relacionados con la salud.

La medicina conductual se llega a considerar como un campo interdisciplinario en donde entran en función las técnicas y conocimientos de las ciencias de la conducta y biomédica, destacando que los problemas de salud no son exclusivos de un enfoque profesional y que son multifactoriales (Carrobes, citado en: Morales, 1999).

Frente a estos modelos en los cuales la mayor crítica que se les ha hecho, es que están centrados en la enfermedad, haciendo a un lado la promoción de la salud y la prevención, con un enfoque social la psicología pretende ir más allá de los aspectos individuales de la enfermedad enfatizando objetivos comunitarios y sociales desde una perspectiva educativa y preventiva. Son acciones muy importantes que pretenden la promoción de conductas saludables, influir en el desarrollo de buenos ambientes (parques, vivienda, etc.), una mejor disposición y acceso a los servicios de salud, fomentar sistemas de apoyo social, servicios psicológicos considerando las intervenciones de carácter interdisciplinario.

Al hablar de salud y en este caso de salud pública cuyo interés por las colectividades humanas se presenta en primer plano, la psicología como ciencia social dentro del área de la salud la definen Rodríguez y García (1996), como: "la aplicación específica de los conocimientos y técnicas de la Psicología Social a la comprensión de los problemas de salud y al diseño y puesta en práctica de programas de intervención en ese marco". Concibiéndose desde una aproximación psico-social se centra su análisis en las interacciones implicadas en el proceso y mantenimiento de la salud y la enfermedad. Estos autores consideran que el aplicar la psicología a la salud significa el estudio de la conducta de salud/enfermedad en interacción con otras personas o con productos de la conducta humana.

Todas estos modelos que Morales (1999), considera importantes para concebir una psicología de la salud como antecedentes y experiencias para el

trabajo en instituciones de salud y abarcar los diversos problemas que en estos existen para de esta forma ir más allá del campo de la salud mental.

Parte de este desarrollo tiene que ver con factores muy concretos, como el que los patrones de enfermedad y morbilidad hayan cambiado pasando de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónico-degenerativas, así como las adicciones, y que uno de los retos actuales de la salud es en si el diagnóstico y tratamiento ya no de enfermedades agudas sino de las crónicas que se ven muy influenciadas por le estilo de vida actual de las personas. De igual forma el interés progresivo por los temas de prevención de las enfermedades, salud pública, en parte provocado por los altos costos en los cuidados médicos, sin olvidar el ya mencionado cambio en el concepto y forma de ver a la salud.

Latorre (1994a), hace un resumen de los factores que posibilitaron la incorporación de la psicología al campo de la salud:

1. Al ampliar el concepto de salud incorporando aspectos no estrictamente médicos y que se entiende como un concepto integral que incluye la promoción, prevención, rehabilitación y reinserción. Se insiste además en que el valor básico de la política sanitaria será la salud.
2. Durante las últimas décadas se ha producido un cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad; y en estas pautas se ha constatado que lo importante no es lo que la gente tiene sino lo que hace. Esta cuestión hace que en la actualidad la investigación epidemiológica sea básicamente psicosocial.
3. La aparición, desarrollo y aplicación del análisis funcional de la conducta y de la terapia de comportamiento a un gran número de problemas de salud, con un gran número de resultados positivos, ha abierto en el área asistencial la posibilidad de que las intervenciones psicológicas puedan recomendarse como alternativas o como complemento a la intervención biomédica.

4. El enorme crecimiento de los gastos sanitarios, sin llevar pareja una mejoría en la salud de los ciudadanos, ha obligado a los planificadores sanitarios a un replanteamiento del tema; y si como nos muestra la epidemiología, la conducta es el principal contribuyente en el estado de salud, entonces, probablemente, el desarrollo de la psicología de la salud puede aportar una buena relación costo – utilidad, que implique ampliar la duración de la vida y mejorar la calidad de ésta.

La psicología como ciencia que estudia el comportamiento, los procesos mentales, la conducta, las interacciones, y otros tópicos como el aprendizaje, la motivación, la percepción, cobra gran importancia en la medida que ha saltado precisamente la barrera entre la investigación y el uso práctico: es teoría y práctica. Tiene la importancia que como ciencia contribuye al cambio y mejoramiento de estructuras sociales teniendo así un valor para la sociedad aplicando sus conocimientos. Blanco y De la Corte (1996) resaltan la importancia de la psicología que como ciencia aunada al desarrollo histórico con un fin social, tiene como objetivo la puesta en práctica del cúmulo de conocimientos y teorías que surgen de su investigación. La praxis implica el ir más allá de la teoría, la acción propia de ésta misma. Si hablamos de psicología y del interés común de las ciencias sociales por entender una realidad y mejorarla, es hablar entonces de una psicología aplicable a las necesidades reales de determinado contexto, con la idea y el compromiso de las personas inmersas en este campo que en una estructura social tienen el fin de conseguir bienestar para la comunidad.

Sin embargo al concebirse la psicología de la salud se cuestionó su verdadero papel y si en verdad actuaba como tal en la atención a la salud, es decir, si usaba y partía de sus propios principios y leyes y no retomaba los ya existentes como el que la medicina conductual retomaba de un modelo biomédico, y de un modelo socio-cultural.

La concepción de ésta y su marco teórico lo retomaremos más adelante no sin antes hacer mención, para de ésta forma evitar confusiones y/o desilusiones, acerca del origen de la psicología de la salud. Lo hasta aquí expuesto permite ver que el origen de ésta se da de la práctica de lo que la psicología en diversos campos ha efectuado, tomando en cuenta los cambios y demandas en los servicios de salud.

Morales (1999), destaca que:

- 1) La psicología de la salud no es una nueva psicología que por estar en el campo de la salud es independiente o propia sino una rama aplicada de lo que es la psicología.
- 2) Le interesan todas las variables en relación al proceso salud – enfermedad desde una perspectiva *multicausal*.
- 3) Su interés no sólo es la atención o curación de los enfermos, incluye la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- 4) Y por último, que la psicología de la salud se relaciona e interesa por todos los problemas de salud. De esta forma no se aleja del campo de la salud mental, ya que los problemas de salud incluyen tanto la enfermedad física como la mental.

A partir de esto mencionaremos algunas definiciones que nos permitan un acercamiento al concepto de psicología de la salud; Matarazzo es uno de los autores más citados (en: Latorre, 1994a; Vega, Quiroz, Landa y Carpio, 1999, y Morales, 1999), y se considera la definición más aceptada:

"Las contribuciones profesionales, científicas y educativas de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de salud, enfermedad y disfunciones relacionadas, así como para el análisis y mejoramiento

del sistema de atención de la salud y la formación de la política de salud".

Stone (citado en: Vega, Quiroz, Landa y Carpio, 1999), hace mención de la psicología de la salud como:

"La intersección de la psicología en la salud que consiste en la aplicación del conocimiento o técnicas a los problemas de salud, no solamente en lo que se refiere al sistema de atención a la salud, sino también en la salud pública, la educación para la salud, la planeación de la salud, el financiamiento de la salud y demás componentes del sistema total".

Morales (1999), da su propia definición en donde se destacan los puntos antes mencionados, es entonces:

"La rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud – enfermedad y de la atención a la salud. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermar y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben".

Con esta perspectiva es que la psicología ha entrado al campo de la salud siendo dentro de los primeros temas abordados con un manejo psicológico precisamente las enfermedades crónico – degenerativas, principalmente las cardiovasculares, el cáncer y el dolor crónico, así como las adicciones, empleando aproximaciones metodológicas de la psicofisiología y la terapia cognitivo – conductual.

De igual forma y considerando los síntomas y patologías sin respuesta médica, es que la psicología hace frente al fenómeno psicossomático donde la aparición de síntomas o lesión tras un suceso traumático ligadas a una emoción se hace presente.

Es indudable que al hablar de cuestiones psicossomáticas, tengamos que partir de la anatomía, del cuerpo, ya que esta afección va acompañada por lo general de una lesión, pero es también hablar del aparato psíquico, cumpliendo así con el pensamiento y rigor científico.

Estas afecciones que dan cuenta de la realidad propio del sujeto dentro de un nivel de lo simbólico debido a un reclamo de ayuda, de desesperación, por una necesidad, por un deseo, una demanda, un pedido, un grito de ayuda, es en general un déficit, una falta. Estos trastornos forman una barrera que impide la evolución del individuo y su bienestar, capaz de pasarlo y paralizarlo, creando así una lesión que es real para él, siendo esta lesión un modo particular de satisfacer su demanda, se satisface así mismo. Es una formación del objeto faltante. En este caso, la lesión o los síntomas no son parte de la enfermedad, el propio individuo es la lesión hecha para mostrarse como una zona de destrucción de el mismo, de su entorno, de su realidad

Estos aspectos considerados dentro de una psicología más profunda y de hecho con una tradición médica –como el psicoanálisis– dan cuenta de los estados psíquicos subjetivos que propician un malestar, una enfermedad.

Vemos como entonces la psicología de la salud tiene un campo que abordar, a partir de su propio desarrollo centrándose en los hábitos, comportamientos, conductas que representan un riesgo para el proceso salud / enfermedad, sin hacer a un lado los aspectos subjetivos, y todo lo que en aspectos de salud a nivel instituciones, sociedad y medioambiente se refiere; sin embargo no queremos olvidar el interés primordial que se tiene por el aspecto social, y que la psicología aborda estudiando el comportamiento, la conducta, partiendo de que de esta última se aprende y se realiza en un contexto social, por lo que un abordaje individual sería muy limitado; por otro lado es de suma importancia considerar las circunstancias socio-culturales que determinan entre otras muchas cosas el comportamiento del individuo en relación a la salud y la enfermedad.

Este último aspecto es el que Ribes (1990), considera como antesala para un modelo de salud desde la perspectiva psicológica. Mediante el análisis experimental de la conducta permitió conocer que el comportamiento de un individuo frente a situaciones que tienen características contingenciales delimitables, modula las formas de reacción biológica del individuo, y el cual especifica que las condiciones de vida determinadas por el medio físico y las prácticas socioculturales, son auspiciadoras o directamente responsables de alteraciones de la salud biológica, esto permite ver el comportamiento de un individuo como organismo biológico en un medio regulado por relaciones socio-culturales. Este comportamiento del individuo considerada como la dimensión psicológica de su práctica dentro de un medio, es el punto de referencia para examinar su funcionamiento biológico. Ahora bien, ese análisis de su comportamiento, análisis psicológico no es un simple complemento para entender el estado de salud - enfermedad, sino parte integral del todo de un organismo.

Algo que éste autor resalta, es que si bien toda práctica individual está en función de todo un sistema de relaciones sociales, es en el individuo donde se

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

concibe las variables del ambiente sobre su funcionamiento como organismo biológico, ya que es éste el que modifica en su práctica la vida real.

Aquí es donde resaltamos la importancia del ámbito social ya que Blanco y De la Corte (1996) y Rodríguez y García (1996), desde una perspectiva social consideran ampliamente las interacciones humanas y el interés en las colectividades humanas que ya anteriormente mencionara Cohen (1975).

Rodríguez y García (1996), mencionan la relevancia de las variables comportamentales sociales en donde la tarea de los psicólogos sería estudiar elementos nucleares en el desarrollo de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. De ésta forma una perspectiva social se centra en estudiar y afrontar determinantes de la salud/enfermedad como:

- ❖ Medio ambiente: condiciones de la vivienda, trabajo alimentación y accesibilidad de servicios sanitarios frente a la salud/enfermedad.
- ❖ Nivel económico individual y social frente a la asistencia sanitaria.
- ❖ Nivel de instrucción y educación frente a problemas de salud enfermedad.
- ❖ Comportamientos individuales y sociales frente a la salud/enfermedad.

Partiendo de esto, es que se subraya el interés por la prevención como algo prioritario.

Tomando en cuenta el modelo de psicología de la salud propuesto por Ribes (1990), que pretende resaltar el problema de conceptualización donde se sustenten sus aplicaciones con una teoría (Vega, Quiroz, Landa y Carpio, 1999; Morales, 1999), surge el modelo biopsicosocial reforzando con esto el concepto y el estado de salud / enfermedad en el que se conciben factores biológicos, psicológicos y sociales, o la perspectiva ecológica que engloba estos aspectos.

Ribes (1990), resalta que si bien la salud accede a un nivel que trasciende los niveles poblacionales, es fundamentalmente significativo en su aplicación al estado y al individuo. Argumenta, que el organismo no es ajeno a diversos agentes del medio ambiente, físicos, biológicos y químicos; que se nutre y desarrolla en un medio social pero del que también sufre influencias nocivas; esta interacción con el medio ambiente se da a través de la práctica con los individuos y que *"en última instancia, la prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad implican la participación del individuo"* (op. cit. 1990, p. 20).

Esta dimensión psicológica de la salud, del individuo separa tres factores:

- 1) La forma en como el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos, regulando el contacto del organismo con las variables funcionales del medio ambiente.
- 2) Las componentes que definen la efectividad del individuo para interactuar con una diversidad de situaciones que directa o indirectamente afectan el estado de salud.
- 3) Las maneras consistentes que tipifican a un individuo en su contacto inicial con situaciones que pueden afectar potencialmente su condición biológica.

Los resultados del proceso psicológico de la salud se pueden observar en la forma del grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad y la disponibilidad y emisión de conductas instrumentales preventivas o de riesgo para la aparición de enfermedades.

a) La vulnerabilidad biológica

Es la que se entiende como la interacción de una serie de condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que, dados factores desencadenantes o de contagio directo, el individuo desarrolle una enfermedad aguda o crónica. Esta se puede ver afectada indirectamente por interacciones estrictamente biológicas, como la desnutrición, la inhalación de tóxicos, la carencia de anticuerpos, etc., que sin embargo, son el resultado de

prácticas inadecuadas; pero también se pueden ver afectadas directamente por el comportamiento puesto que las formas particulares en que un individuo interactúa con ciertas contingencias propicia cambios orgánicos específicos, como la secreción gástrica o el aumento de la tensión arterial

b) Las conductas instrumentales y la salud

Las conductas instrumentales consisten en acciones de los individuos que, directa o indirectamente, disminuyen o aumentan la probabilidad de que contraigan una enfermedad. En este sentido las conductas instrumentales se definen siempre como las acciones efectivas específicas para prevenir o aumentar los riesgos de contacto con los agentes fisicoquímicos y biológicos productores de patologías biológicas. Se refleja en aspectos vinculados al entrenamiento en prácticas de salud.

Los dos aspectos antes mencionados, se traducen, inevitablemente en estados de patología biológica. Aún cuando el tratamiento y terapéutica de esta patología es un problema de naturaleza estrictamente biomédica, los aspectos vinculados al comportamiento individual no deben descuidarse. Se deben considerar entonces:

- a) Seguimiento y adherencia terapéutica.
- b) Comportamiento requerido en aspectos rehabilitativos de enfermedades crónico - degenerativas o impedimentos físicos terminales (programación de ejercicios, motivación).
- c) Comportamientos asociados a la patología biológica que en ocasiones adquieren autonomía funcional y se convierten, en sí mismos, en problema terapéutico (ansiedad en problemas cardiovasculares, náusea anticipatoria en problemas oncológicos, etc.).

Sobre la base de este modelo resultan cuatro combinaciones principales derivadas de los procesos peculiares que inciden a nivel psicológico en la configuración de las condiciones patológicas en un individuo:

1. Conductas instrumentales de alto riesgo y alta vulnerabilidad biológica, que resultarán inevitablemente en el desarrollo de una condición patológica.
2. Conductas instrumentales de alto riesgo y baja vulnerabilidad biológica, que resultarán en probabilidades variables de aparición de condiciones patológicas con base en la naturaleza de estas últimas.
3. Conductas instrumentales de bajo riesgo y alta vulnerabilidad biológica, que tendrán efectos similares a las del caso anterior.
4. Conductas instrumentales de bajo riesgo y baja vulnerabilidad biológica, que resultarán en una baja probabilidad de desarrollar condiciones patológicas.

Este modelo permite conocer la relación entre los factores psicológicos y el proceso salud – enfermedad, permite conocer las áreas de incidencia del psicólogo en el campo de la salud (Vega, Quiroz, Landa y Carpio, 1999) y por otro lado es un análisis que conlleva a desarrollar aplicaciones concretas en la práctica que contribuirán a esclarecer aún más las relaciones implicadas (Morales, 1999).

CAPITULO 2.

LA SALUD MENTAL

Dentro del campo de la salud, los síntomas, perturbaciones ó alteraciones, ya sean biológicas, cognitivas y comportamentales son las que usualmente designamos para determinar quien esta sano o enfermo. Una alteración biológica que se manifieste con síntomas de malestar, en cualquier contexto (o al menos la mayoría) representa un organismo enfermo; pero cuando se habla de un malestar psicológico no sólo depende de las alteraciones emocionales o de la personalidad, sino de las actitudes que la sociedad tiene en relación a estas alteraciones.

Alvaro y Páez (1996), afirman de esta forma que en cuanto al concepto de salud y de enfermedad mental se deben tomar en cuenta aspectos de tipo emocional, cognitivo y comportamental, así como realidades simbólicas, construidas cultural e históricamente en la propia interacción social.

La salud mental se puede concebir desde cuatro perspectivas diferentes:

1. Ausencia de malestar; principalmente que la persona refiera síntomas. En la práctica ya sea mediante el reporte verbal o respondiendo a pruebas estandarizadas o entrevistas estructuradas para diagnóstico como el DSM – IV.
2. Manifestación de un bienestar subjetivo; esta forma de concebir la salud mental hace referencia a un equilibrio positivo de efectos en que las experiencias emocionales positivas predominan sobre las negativas.
3. Manifestación de una buena calidad de vida; las dimensiones de la calidad de vida incluyen la salud física, la salud mental, la integración social y el bienestar general.
4. La presencia de un conjunto de atributos individuales positivos; para concebir la salud mental se consideran los criterios de: dominio del

ambiente, autorrealización, autoestima, integración del yo, autonomía y adecuada percepción de la realidad.

En el estudio de la salud mental y considerando los aspectos antes mencionados, es importante conocer los factores que pueden perturbar ese estado psicológico y/o emocional. Principalmente mencionaremos algunas causas de orden social que encontramos a diario y que son importantes para concebir el estado de salud mental, tales como:

- *La clase social y el género*; las clases desprotegidas carecen de recursos materiales y psicológicos con los que puedan hacer frente a situaciones estresantes, de los cuales también están más expuestos, su control sobre el medio social es menor y sus estrategias de afrontamiento resultan más deficientes y menos exitosas.

Por otro lado, tanto en la investigación como en la práctica se ha encontrado que el deterioro psicológico es mayor entre las mujeres que entre los hombres. Esto se puede explicar por las diferencias biológicas entre los sexos, las referidas a la asignación de roles diferenciales para hombres y mujeres, a la socialización diferencial, a las diferencias en la expresión de las emociones, al efecto de los malos tratos infantiles, a estrategias de afrontamiento diferentes y a su disposición desfavorable en el ámbito social como es el mercado de trabajo.

- *Desempleo, empleo precario, condiciones de trabajo y salud mental*; el empleo, al ser considerado como una institución social cumple una serie de funciones que satisfacen necesidades materiales y psicológicas básicas como proveer de unos ingresos económicos, estructurar nuestro tiempo, facilitar las relaciones interpersonales, dar un estatus e identidad social, participar en metas colectivas y tener una actividad. La falta de éste, las

malas condiciones del mismo, que no sea satisfactorio, contribuyen a dar una explicación social de los trastornos mentales.

Estas circunstancias vienen a crear estados emocionales y disfuncionales que alteran ese umbral entre la salud y la enfermedad, ya que vienen a mermar ese estado de bienestar general en el que encontramos una mala calidad de vida dando como resultado la disminución de atributos positivos que se manifiestan en un continuo malestar.

De igual forma estos estados emocionales vienen a mermar los comportamientos o conductas que ponen en riesgo el estado de salud y que pueden propiciar patologías si no se detectan y son atendidas a tiempo. Por esto la salud mental y sus aportaciones en el campo clínico abren la puerta a la psicología en éste campo.

Debemos entonces considerar a la psicología como parte del área de salud pública que tiene como base principal la atención de estados emocionales disfuncionales, sin hacer por esto a un lado la intervención en las diversas áreas y niveles de atención en las que puede contribuir.

El problema de salud mental es ya una prioridad por los altos índices de trastornos dentro del campo de la salud, y también es considerado como un problema de salud pública debido principalmente a que el número de personas afectadas por su incapacidad a enfrentar problemas o que presentan algún trastorno mental es alto y tiende a aumentar con el paso de los años. La principal tarea es disminuir la tasa de enfermedades mentales siendo uno de los desafíos en materia de salud para los años venideros (Matrajt, 1996). Es por consiguiente innegable que el aporte de la psicología para atender los problemas de salud debe estar presente como parte de una atención integral.

2.1. La Atención de la Salud Mental

Actualmente se considera que la mayoría de los trastornos mentales son cuadros psicopatológicos severos y que afectan al veinticinco por ciento de la población mayor de quince años (adicciones, psicosis, neurosis, etc.). En casi toda América Latina se tiene datos precisos que estas enfermedades van en aumento. Este problema se agrava debido a que los recursos terapéuticos para hacerles frente son insuficientes y se requeriría más del doble de profesionales y tres veces más del presupuesto que actualmente se destina para alcanzar metas objetivas en un mediano plazo.

Para esto se han considerado acciones que lejos de ser utópicas han permitido demostrar su eficacia en otros lugares basándose en el esquema común de prevención. Estas acciones son:

Promoción de la salud mental

Considera el conocimiento de los factores que producen y mantiene la salud partiendo de aspectos básicos como:

- a) Que la salud mental supone una integración dialéctica al medio. Es la posibilidad de transformarse y transformar el entorno.
- b) La salud mental supone una optimización de las relaciones familiares. Así como una optimización de otras instituciones como las educativas, laborales, comunitarias etc., en donde su labor sea la formación de personas pensantes, creativas, cuestionadoras, y no para los fines que el orden social imperante prevea en base a sus intereses.
- c) La salud mental presupone un desarrollo de todas las potencialidades del sujeto, así como una armonización de sus capacidades.

La prevención primaria

Diferente a lo que es la promoción, ya que son acciones, planes y programas más especializados en conjunción con las comunidades donde se lleva a cabo la prevención de adicciones, retardo mental, etc.

Es en ésta donde se realizan tareas de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes y que generalmente no requieren de tecnología sofisticada pero sí de personal altamente calificado que prestan atención en los centros de salud, unidades de medicina familiar, etc., y lo que se pretende es mantener al individuo en estado de normalidad, de bienestar físico y mental, y en equilibrio con su ambiente.

El mejoramiento de la atención primaria de la salud

Se requiere una mejor atención en este nivel ya que no siempre se cuenta con el personal necesario, en el mejor de los casos un médico general y una enfermera. La atención que estos puedan hacer de los trastornos mentales es una forma de atender a grandes masas de población con recursos de mayor calidad. El especialista en salud mental puede orientarlos de forma clara y precisa de manera que puedan eficientemente atacar algunos de los trastornos mentales que se ven cotidianamente.

Detección precoz

Consiste en la realización de un diagnóstico adecuado, cuando un trastorno comienza y aún no ha dado manifestaciones importantes. Tiene la ventaja de que:

- I. Las posibilidades de curación son más altas.
- II. Se evitan o minimizan los sufrimientos del afectado.
- III. Los costos de atención son más bajos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se puede lograr mediante la formación profesional de los equipos de atención primaria de la salud, como ya se señaló. La detección precoz es el gran recurso disponible para muchas de las grandes patologías de nuestro tiempo.

Los grupos de autoayuda y apoyo social

El objetivo central de este tipo de grupos es trabajar con enfermos crónicos incurables para brindarles alguna forma de protección y apoyo que eleve al máximo posible su autonomía y calidad de vida. Uno de estos ejemplos son Alcohólicos Anónimos que es el más antiguo y eficiente que existe.

El autocuidado de la salud mental

Basándose en modelos básicos de salud los especialistas en salud mental, han desarrollado guías específicas para que el sujeto pueda tomar en cuenta manifestaciones que puedan alterar su funcionamiento en vías de una prevención primaria y detección precoz de algún padecimiento.

Estas son sólo algunas consideraciones de cómo afrontar los problemas de salud mental que son de un gran interés pero que también enfrenta otros problemas, ya que padecimientos como la ansiedad y la depresión son consideradas como la epidemia del siglo XXI (Ruiz, 1996).

La psiquiatría así como las neurociencias han sido las principales encargadas en visualizar los programas de investigación y atención dentro de las instituciones de salud pública centrando su tratamiento en los medicamentos. Lo que es volver a insertarse en la concepción biologicista excluyendo los padecimientos de las redes de significaciones y de los procesos histórico – sociales que inciden en el proceso salud – enfermedad.

Esto muestra como aún es fuerte hablar de la tendencia de la medicina en cuanto a salud se refiere, incluyendo la salud mental, y la atención que da la

medicina oficial a estos problemas es casi nula y sobre todo en lo que se refiere a zonas marginadas (Jaidar, 1996); sus aportes son importantes ya que permiten avanzar en el conocimiento de la salud mental, siempre y cuando no se consideren como el único enfoque válido.

En México los problemas de salud son complejos, principalmente derivado de la falta de prevención y de la miseria en que está hundida la mayor parte de la población. Ya dimos una revisión en cuanto a los sistemas de salud que operan en nuestro país, de donde casi el 50 % de la población no cuenta con los servicios de salud, y se carece de recursos para cubrir las necesidades a nivel de atención primaria que eliminarían costos y consecuencias. Ruiz (1996), señala las siguientes situaciones que han agravado el problema:

- 1) La firma del TLC con Estados Unidos y Canadá con el que se promueve una práctica médica más sofisticada pero inaccesible para la mayoría de la población.
- 2) El ingreso a la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (CODEE) con el cual México se aleja del grupo de países en vías de desarrollo retirando con esto los subsidios a los programas de salud.
- 3) Dentro del marco de la política económica neoliberal y en cumplimiento de la propuesta del Banco Mundial de privatizar los servicios de salud.
- 4) Las constantes y profundas crisis económicas.

Por otro lado, las prioridades del sector salud se centran en programas de fomento a la salud como campañas de vacunación, prevención de enfermedades crónico - degenerativas y la disminución de tasas de fertilidad, así como la atención de enfermedades emergentes como el SIDA, sin embargo en cuanto al desarrollo de la psicología de la salud y por ende su práctica no ha sido del todo aprovechada.

Es hasta 1986 que se inician en México los Programas de formación a nivel de posgrado en psicología de salud y a la fecha existe un porcentaje muy bajo de psicólogos empleados en el sector salud los cuales se dedican más al tratamiento y a la rehabilitación que a la prevención.

La psiquiatría con un enfoque médico, es quien se encarga principalmente de la atención a la salud mental con las implicaciones antes mencionadas. Aún así, su atención es muy reducida en cobertura y en servicios; ya que las instituciones de salud, concentradas en un 70% en zonas urbanas, cuentan con un psiquiatra cada 120 o 160 mil derechohabientes.

A esto tendremos que sumar que en México es escasa la información y la atención adecuada a trastornos emocionales aún cuando son necesidades reales, ya que el Instituto Mexicano de Psiquiatría considera que en relación a los problemas psicológicos, una cuarta parte de la población que acude a los servicios de medicina general tiene un componente psíquico a tomarse en cuenta, ya sea como prioridad o aunado a otro problema de salud.

Junto a estas problemáticas no podemos hacer a un lado lo referente a la parte de población que hace un uso inadecuado de los servicios de salud por falta de conocimiento y por falta de promoción de los mismos. En cuanto a salud mental cobra gran importancia lo que los individuos piensan acerca de ésta. Paralelamente la ignorancia, temores, creencias y prejuicios arraigados y constantemente alimentados por los mitos en relación a la enfermedad mental y a su curación (Baz, 1996). Diversos autores como López y cols. (1995), Lara y Acevedo (1996), Medina – Mora y cols. (1997) y Saucedo y cols. (1997) partiendo de ésta premisa concuerdan: que en definitiva el uso que hacen de los servicios de salud la población es mínima, esto debido a diversos factores aunados a los ya antes mencionados así como los económicos, geográficos, la accesibilidad, la insatisfacción en los servicios, desconfianza y en cuanto a los servicios de salud mental, el *desconocimiento de que estos existan*. Esto último es considerado

como una de las causas del porque los trastornos emocionales van en aumento, y es que al no haber un acceso a este tipo de servicios, y una disposición por parte de los usuarios, no existe un diagnóstico y tratamiento para éste tipo de problemas; de igual forma el desconocimiento y prejuicios que se tiene con respecto a los trastornos emocionales repercute en el hecho de que las personas no recurren a tiempo a la búsqueda de algún tipo de ayuda lo que conlleva a un mayor costo a largo plazo y con menores posibilidades de curación; se considera que en México existe el mayor rezago a nivel mundial entre la aparición de algún síntoma y la primera búsqueda de ayuda.

El desconocimiento y los prejuicios en cuanto a los trastornos mentales son elementos que conllevan a solicitar otro tipo de ayuda como lo reportan los autores antes mencionados y la Encuesta Nacional de Salud Mental. Ante problemas que pueden ser de diagnóstico psicológico las fuentes de ayuda más comunes son:

- En primer lugar los familiares y amigos.
- Le siguen en este orden la automedicación.
- Los Sacerdotes y Ministros.
- Y por último, alternativas como los curanderos y yerberos.

No obstante existe también un porcentaje de la población que conoce de la necesidad de atención en problemas que considera de tipo psicológico, pero sólo el 5 % de éstos recurre a atención especializada ya que por lo regular acuden al médico general con lo cual se considera que no recibe la atención y tratamiento adecuado, esto debido a que existe un mayor contacto con éste y que por tradición se considera es el encargado de la salud, además, de que muchos trastornos mentales van paralelos a malestares físicos, siendo la ansiedad y la depresión algunos de los trastornos más comunes en donde a la par encontramos síntomas como:

- Tristeza;
- Soledad;
- Temores;
- Irritabilidad;

- Preocupación;
- Tensión;
- Decaimiento;
- Deseos de morir entre otros.

Y de igual forma están presentes malestares físicos como:

- Cansancio;
- Insomnio;
- Taquicardia;
- Escalofríos;
- Acaloramiento, entre otros.
- Debilidad;
- Inapetencia;
- Respiración entrecortada;
- Temblor de manos;

Y es precisamente estos malestares, que pueden manifestarse en sufrimiento, pena, disminución del ánimo y/o temor, que disminuyen las potencialidades del individuo y que conllevan a solicitar ayuda. Uno de los principales temores que describen las personas ante una enfermedad y el más frecuente es *el dolor* que puede producir algunos de los trastornos antes mencionados. El no poder reducirlo y el sufrimiento que esto genera crea más ansiedad en las personas, siendo esto un aspecto muy importante a considerar por los profesionales de la salud. Aspecto importante que retomaremos posteriormente sin antes mencionar que no es sino hasta que se percibe esto como malestar que se acude a la búsqueda de un especialista que calme su dolor sin estar presente una idea de prevención y detección temprana.

Por todo lo antes mencionado debemos considerar que la mayor incidencia y demanda de atención de los servicios de salud se da en un tercer nivel que es de tratamiento y rehabilitación con un costo mayor dentro de las instituciones especializadas. De la Fuente (citado en: Lara y Acevedo, 1996) menciona que los problemas de salud mental en la actualidad no son personas severamente perturbadas como antaño, sino problemas de desarrollo y de adaptación y que por lo tanto no se requiere de hospitales psiquiátricos sino de servicios de salud adecuados en el seno de las comunidades, promoción y prevención.

Es importante concebir y resaltar la importancia de especialistas en el tratamiento de las llamadas enfermedades mentales, ya sea psicólogos, psiquiatras pero no de la manera que sean estos los que tengan que hacerse cargo de los problemas de atención, sino en la tarea de interesarse, motivar y manejar sus programas de atención y educación para la salud. Es decir, se habla entonces de toda una educación en el ámbito de la salud, no sólo a la población de riesgo, sino a aquellos profesionales involucrados en los servicios de salud (Benassini, 1997; García, 1997), para que de esta forma se puedan crear equipos de trabajo multi e interdisciplinarios que aborden e incidan en los problemas de la salud pública en general.

2.2. La Aproximación Psicológica del Dolor

Hablando en términos de enfermedad en general, hay un aspecto ó síntoma sobre el cual están centrados los tratamientos, éste es el dolor, de hecho es la causa por la que las personas acuden a los servicios de salud. Latorre (1994b), considera significativo el dolor para aquellos profesionales que trabajan en el ámbito de la salud porque:

1. Produce sufrimiento.
2. Actúa como señal para buscar tratamiento.
3. Puede ser responsable de dificultades en la comunicación entre el paciente y el personal sanitario.
4. Proporciona *feedback* sobre el funcionamiento normal del cuerpo.
5. Está afectado por la respuesta psicológica hacia él.
6. Está difundido y es altamente costoso su tratamiento.

Al dolor se le ha considerado como una sensación específica ante estimulación nociva, y se ha supuesto que el dolor es siempre el resultado del daño fisular o patología orgánica, siendo su intensidad proporcional a la cuantía de

la lesión. El dolor tendría la función biológicamente útil de señalar la presencia de una lesión. Este enfoque que resulta simplista ha sido demostrado como erróneo y de poca utilidad, ya que la evidencia empírica ha mostrado que existen personas que pueden informar poco o ningún dolor después de una herida, y presencia de dolor sin causa física alguna.

Esto ha permitido exponer que la experiencia del dolor no se refiere únicamente a aspectos sensoriales sino que es de naturaleza multidimensional, en la que se deben de tomar en cuenta distintas dimensiones que poseen substratos neurales diferentes.

Cruzado y cols. (1990) hacen referencia a diversos autores como Melzack y Casey, que distinguen el dolor en tres dimensiones:

- 1) *La sensorial discriminativa*, cuya función es transmitir la información nociva facilitando la caracterización de las propiedades físicas del estímulo, localización espacial, tiempo e intensidad.
- 2) *Motivacional afectiva*, cuya función está relacionada con la caracterización, del dolor como desagradable y aversivo, y en general, facilitando la experiencia emocional displacentera que suscita las respuestas de escape, evitación y conductas de protección, así como ansiedad y depresión.
- 3) *Cognitiva - evaluativa*, implicada más directamente en la interpretación y valoración del dolor, para lo cual no sólo se tienen en cuenta las caracterizaciones sensoriales de éste, sino también aspectos atencionales, experiencias anteriores, contexto sociocultural, pensamientos y creencias asociadas al dolor, etcétera.

De esta forma la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) lo definió en 1979 como:

"una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada al daño del tejido, real o potencial, o descrita en términos de tal daño".

Esta concepción del dolor supera el enfoque simplista en la explicación de ser el resultado de un daño orgánico, resaltando la importancia de que:

1. Considera el dolor como algo subjetivo.
2. Invalida el concepto de dolor como modalidad sensorial, presentándolo como una experiencia compleja.
3. Otorga importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro.
4. Considera que la experiencia del dolor implica asociaciones entre los elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo.
5. Considera parte intrínseca de la experiencia del dolor la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables (Latorre, 1994b).

Es así que se considera al dolor como algo que puede ocurrir en ausencia del daño del tejido y que no es sinónimo exclusivo de la actividad de las vías de transmisión nociceptivas o de los receptores, aunque requiere al menos que se describa en términos fisiológicos.

Teniendo varias implicaciones y formas de concebir el dolor, este se puede distinguir en: a) dolor primario y b) dolor secundario.

- a) El dolor primario que se caracteriza por su localización precisa, consiste en una sensación aguda, fásica y bien definida, que codificada y transmitida por las fibras A – delta (mielinizadas con velocidad de conducción de 3-10 m/seg.), proporciona información inmediata sobre la presencia del daño, su extensión y su localización.

- b) El dolor secundario, se caracteriza por su deficiente localización, cualidad difusa y persistencia, es transmitido por fibras C (no mielinizadas, con velocidad de conducción de 0.52 m/seg.), suele comenzar a aparecer temporalmente tras el dolor primario, pudiendo no identificarse en muchos casos su causa. Ambos tipos de dolor pueden estar presentes tanto en el dolor agudo como crónico.

Ahora bien, como profesionales del comportamiento, no podemos dejar a un lado el hecho de que el dolor viene siendo un fenómeno social muy complejo y no solamente una cuestión fisiológica. Millan (1996), hace un recuento de estos aspectos y concordando con el hecho de que no solamente somos seres biológicos y que si bien esto permite que contemos con un aparato estructural y funcional que nos permite percibir la sensación del dolor, la calificación que damos a la sensación del dolor es aprendida. Aprendemos a calificar cierto tipo de sensaciones como dolorosas dependiendo del contexto social, cultural e histórico. En este sentido se afirma que el dolor es una construcción social.

Esto es en forma general lo que pasa con el dolor, pero cuando consideramos aspectos y tratamientos psicológicos del dolor es importante distinguir entre el dolor agudo y dolor crónico.

El dolor agudo se refiere al caso en que existe un daño o lesión bien definido del que aparece como un síntoma ó una consecuencia, tiene una aparición rápida (componente fásico, dolor primario) y un posterior mantenimiento a lo largo de un período más o menos amplio (componente tónico, dolor secundario), hasta que ha desaparecido la causa, principalmente se elimina farmacológicamente y termina con la curación de la enfermedad. Esta asociado a altos niveles de ansiedad mediados por autoinforme, respuestas motoras y reacciones autonómicas que son aproximadamente proporcionales a la severidad de la lesión.

Desde el punto de vista conductual, lo más sobresaliente es que los cambios en el medio físico y social del paciente son de corta duración, menos de seis meses, y después de la curación el repertorio de conductas sociales se restablece de forma automática, sin requerir un re-entrenamiento.

Por otra parte, *el dolor crónico* se inicia como el dolor agudo, a causa de una herida o lesión, pero persiste tras su curación, rebelde a todo tratamiento; tiene una duración indefinida o indeterminada y suele ir acompañado de trastornos de tipo emocional; suele asociarse inicialmente a altos niveles de ansiedad, posteriormente a un alto grado de depresión; los pacientes describen el dolor más en términos afectivos que sensoriales. A diferencia del dolor agudo no es un síntoma de una herida u otra patología orgánica.

En este trastorno, a diferencia del caso del dolor agudo, se producen cambios permanentes en el medio que modifican el comportamiento habitual del paciente y de sus familias.

Como resultado de esto las enfermedades crónicas son uno de los principales problemas que tiene que enfrentar los profesionales de la salud. Beneit (1994b), lo define como: *"aqueel trastorno orgánico funcional que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista por largo tiempo"*. De hecho en la actualidad el 50% de la población mundial padece un trastorno crónico que requiere de la atención del Sector Salud.

Es así que desde una perspectiva psicológica se considera que en el tratamiento del dolor y enfermedades crónicas se abarquen diferentes aspectos sensoriales, motivacionales y cognitivos, por lo que los tratamientos tradicionales, dirigidos a reducir exclusivamente la aferencia sensorial son insuficientes, y es

principalmente en el dolor crónico donde mayormente se considera el tratamiento psicológico (Cruzado y cols., 1990; Latorre, 1994b), debido a:

1. Dificultades en la interacción social.
2. Las dificultades en el desarrollo de algunas tareas simples y la disminución en la actividad física.
3. El desarrollo de síntomas neuróticos, incluyendo la preocupación por los síntomas físicos y emocionales.
4. El consumo de gran cantidad de analgésicos, lo que conlleva, además de la posibilidad de dependencia, la incapacidad de concentración y en general una disminución del rendimiento intelectual.

El curso de un trastorno crónico implica en mayor o menor medida, cambios en la actividad física, laboral y social de los pacientes, además de que implica adaptarse a un trastorno que puede durar toda su vida de quien lo padece.

Lo que aquí queremos resaltar por su importancia en la salud mental es que una enfermedad crónica y lo que esto conlleva tiene un fuerte impacto emocional en el paciente. La perplejidad, desorientación por el diagnóstico del cual surgen emociones como la negación, el miedo así como estados de depresión.

Es por esto que el tratamiento del dolor cobra una gran importancia, y el separarlo y conocer por un lado el daño real que lo produce y lo que el individuo reporta, en donde la dificultad estriba en describirlo objetivamente por las diversas experiencias que tiene cada individuo con respecto a éste, así como la gran cantidad de vocabulario informal para dar cuenta. El dolor puede ser considerado como una experiencia propia de cada individuo que va más allá de una lesión o transmisiones nerviosas. Para entender como interpreta o vive el dolor cada persona hay que considerar otros factores que Beecher (citado en: Latorre, 1994b) considera pueden explicar la interpretación y aspectos subjetivos del dolor:

- I. El *significado* atribuido a la diferencia sustancialmente cómo se experimenta. Comenta que para un soldado en el campo de batalla una herida puede ser algo normal y continuar su vida, pero para un civil esto puede ser una calamidad e interrumpir sus actividades diarias.

- II. El dolor está altamente influenciado por el *contexto* en el que se experimenta. Es más intenso cuando se le presta atención y puede no ser percibido en condiciones de distracción o realizando una actividad.

- III. El dolor tiene un componente sustancialmente cultural ya que existen evidencias de que las reacciones al dolor son muy distintas de unas culturas a otras.

Otro importante aspecto a considerar y que creo cobra gran relevancia es como un enfermo vive el dolor, los factores psicológicos que en este intervienen y que muestran la existencia de un estado subjetivo. El hablar de aspectos psicológicos conlleva a hacer a un lado los aspectos físicos, biológicos, orgánicos (sin eliminarlos), que pueden mostrar la presencia del dolor; si bien es importante dotar de herramientas al enfermo para enfrentar su afeción, en el caso de enfermedades crónicas, considero importante tomar en cuenta el dolor que deviene de la pérdida, lo que el psicoanálisis y de acuerdo con Freud, una persona al perder al ser amado o una abstracción que ocupe éste lugar, como la patria, la libertad, un ideal, etc., se manifiesta en el poco interés por el mundo exterior, la capacidad de interesarse por los demás, una pérdida de la propia personalidad y que produce desviaciones en la vida normal del sujeto. Freud plantea que el duelo o la melancolía tienen en común la pérdida de un objeto, con lo cual las pulsiones internas se ven afectadas no pudiendo satisfacer las necesidades del individuo teniendo repercusiones en su estado anímico.

Esta forma diferente de considerar el dolor puede permitirnos y acercarnos a no centrarnos en la idea de una cura de los aspectos físico u orgánicos mediante entrenamientos en habilidades o tratamientos médicos y poder ir más allá buscando en la persona esa falta producto de su malestar, claro como otra opción complementaria y de alta tradición médica. El duelo y la melancolía son claros ejemplos de cómo la pérdida produce un dolor que opera sobre el alma, correspondiéndola con una anomalía somática. Sin querer hacer un análisis profundo de lo que ésta teoría ha aportado para la psicología, si queremos retomar ese sufrimiento expreso que en ocasiones el paciente no reporta como un malestar físico y que es una parte del aspecto subjetivo del dolor.

En la idea de la pérdida de un objeto, tenemos que considerar el vínculo que había entre estos, la satisfacción que produce el llenar un vacío en la propia persona; estos vínculos afectivos se sintetizan como "amor". En *Psicología de las Masas y Análisis del yo*", Freud ha tomado al enamoramiento como una investidura que parte de las pulsiones sexuales principalmente, con el fin de alcanzar una satisfacción en este sentido, la cual una vez lograda se extingue, lo que se considera el amor sensual común. Sin embargo para considerar un vínculo real y que llegue a afectar en el individuo la pérdida del objeto, debe éste tener una investidura permanente y amarse en todo momento.

En muchas formas de la elección amorosa salta a la vista que el objeto sirve para sustituir un ideal del yo propio no alcanzado (idealización). Se ama en virtud de perfecciones a que se ha aspirado para el yo propio y que ahora a uno le gustaría procurarse. Y al no alcanzar estos ideales ni satisfacer las necesidades propias que nacen de las pulsiones internas en la búsqueda del deseo y su satisfacción conllevan al sufrimiento, al dolor.

El psicoanálisis nos dice que la melancolía tras una pérdida, se singulariza en lo anímico por una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda

productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autorreproches y autodenigraciones y se extrema hasta una delirante expectativa de castigo. Lo único que la diferencia con el duelo es la perturbación del sentimiento de sí que no está en el duelo.

En el duelo se da la pérdida del objeto amado, se sabe a quién perdió, en la melancolía se da este saber pero no lo que perdió en él. Esto refiere a que en la melancolía la pérdida del objeto es sustraído de la conciencia, y en el duelo no hay nada inconsciente en lo que atañe a la pérdida. Ante la pérdida desconocida se da en la melancolía una rebaja en el sentimiento yoico, un enorme empobrecimiento del yo. El enfermo se describe como indigno, estéril y moralmente despreciable; se hace reproches, se denigra y espera repulsión y castigo, consecuencia de ese trabajo interior que devora a su yo. Se dice que de ésta forma parece ser que el enfermo se acerca bastante al conocimiento de sí mismo y que tendría que enfermarse para alcanzar esta verdad, lo esencial no es que tenga razón en su persona, sino que describe acertadamente su situación psicológica; esto sugiere que al igual que en el duelo, él ha sufrido una pérdida en el objeto; pero en sus declaraciones surge una pérdida del yo.

Las ideas, el contexto, la cultura, el significado que se tenga del dolor nos lleva a creer que no sólo de una lesión o el ataque de un virus que produce la enfermedad es que lo podemos sentir. En este sentido el dolor viene a ser una experiencia propia de cada individuo que emana de las relaciones y vínculos que se llegan a tener en determinado momento y que forman su personalidad en el afán de poder desarrollarse y vivir plenamente. Se ha llegado a considerar que estas pérdidas a pesar de que trae graves desviaciones de la conducta normal en la vida no se ocurre considerarlo como un estado patológico y remitirlo a un tratamiento, pero experiencias como la del psicoanálisis ha permitido ver que no sólo es la pérdida del objeto sino también de la propia persona, llevándola incluso en ocasiones al suicidio.

Visto el dolor en su aspecto subjetivo no se aleja de la definición que la IASP nos brinda y que retoma puntos importantes como la importancia del discurso del individuo y su informa verbal así como el significado propio de las experiencias afectivas y sensoriales que permitan a la persona en base a sus propias experiencias vivir y buscar atención a su propio sufrimiento y dolor.

Por otro lado y bajo otros criterios teóricos, como la medicina conductual, es importante mencionar que en esta forma subjetiva de entender el dolor sin una base fisiológica existen los llamados dolores clínicos en donde la gente sufre y busca tratamiento para ellos, como son:

- ◆ *Causalgia*, que es un dolor ardiente desarrollado como consecuencia de una herida de arma o cuchillo. Su aspecto interesante y misterioso es que se desarrolla después de que la herida ya está curada. No es constante y se activa sólo ante la presencia de ciertos estímulos como los cambios ambientales.
- ◆ *Neuralgia*, un agudo y repentino dolor a lo largo del recorrido de un nervio, que puede ocurrir como efecto colateral de infecciones víricas u otras afecciones sobre los nervios periféricos. Al igual que en la causalgia éste comienza cuando la enfermedad ha terminado. La neuralgia más común es conocida como tic doloroso, produce espasmos de dolor continuos en la cara que virtualmente incapacitan a las víctimas. Igualmente esta puede ser desencadenada por estímulos ambientales menores como el comienzo de una suave brisa.
- ◆ *Dolor del miembro fantasma*, que ocurre después de la amputación de un miembro. Se experimenta en un 35% de los casos y el dolor se produce en el miembro que ha sido amputado. Para algunos no es muy fuerte pero para otros provoca un gran malestar.

Los estudiosos del dolor han concebido que todo el dolor, incluido el de bases fisiológicas claras tiene un componente psicológico o inclusive podemos verlo de diferente manera al considerar que por ejemplo en los dolores clínicos existe una interrelación entre factores fisiológicos y psicológicos en donde el individuo y la forma particular de vivir el dolor son importantes a considerar para su tratamiento.

Para esto se han diseñado diferentes herramientas para su evaluación analizando aspectos subjetivos y objetivos mediante escalas de valoración que el paciente describe, así como las entrevistas, los autoinformes y autoregistros, evaluación de la conducta, inventarios y tests de ansiedad y depresión, etc. De igual forma para su tratamiento el uso de técnicas cognitivo - conductuales ha permitido que el paciente con dolor crónico, dadas sus características aprenda a vivir con éste. Si bien esto es en relación al dolor crónico, para el caso del dolor agudo estas técnicas y tratamientos son un gran apoyo a la terapia farmacológica.

CAPITULO 3.

LA INTERVENCIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN EL PROCESO DE LA SALUD/ENFERMEDAD

Dentro del proceso salud - enfermedad que engloba un sin número de variables tanto para que la primera se mantenga o la segunda se presente, nos obliga como ya vimos, a considerar este proceso de forma multicausal, y por ende, los servicios que las instituciones de salud prestan para su atención. Como ya se ha mencionado, la medicina en sus diversas áreas como la epidemiología hace frente de manera por demás exitosa a los problemas de salud y de igual forma al estudio de las colectividades. Existen también otras disciplinas como la sociología, demografía, antropología así como contribuciones de la pedagogía, geografía e informática que hacen aportes relevantes para poder entender y atender los problemas de salud donde por supuesto, no podemos dejar a un lado lo que como psicólogos podemos hacer dentro de este proceso y del cual necesariamente tendremos que establecer relaciones con estas otras disciplinas.

Hasta aquí hemos podido revisar como dentro de todo este marco de atención a la salud existen un sin fin de trastornos que conllevan una afección biológica o alteración física con perturbaciones de orden psicológico y que influyen en el desarrollo personal del individuo. Donde sus experiencias y/o herramientas le servirán para enfrentar diversas situaciones, la interacción con su medio social, cultural y ambiental. El modelo propuesto por Ribes (1990) así como el acelerado desarrollo de la psicología en el área de la salud han contribuido a la evidencia de los factores conductuales en la salud dando como resultado una de las áreas que se consideran más fructíferas y prometedoras en el área de la salud: *la prevención*. De hecho hay quien considera que este campo es el que mejor define a la psicología de la salud alejándose un poco de la concepción tradicional de

psicología clínica en donde lo primordial es el tratamiento y la rehabilitación (Buela – Casal y Carrobles, 1996).

Los componentes preventivos tienen como objetivos:

- 1) La disminución de la incidencia de las enfermedades (prevención primaria).
- 2) La disminución de la prevalencia, acortando el período de la duración de la enfermedad (prevención secundaria).
- 3) Y la disminución de las secuelas y complicaciones de la enfermedad (prevención terciaria).

La prevención es importante ya que cuando se plantean acciones preventivas que involucran medidas de naturaleza médica y social, no se centra en el individuo exclusivamente, sino que debe alcanzar a las familias consideradas como unidad, a las instituciones, la comunidad en general, sus organismos representativos y sus líderes, y el medio ambiente en un sentido general. Esta se fundamenta en el comportamiento concreto de los individuos, es decir, el comportamiento permea los efectos biológicos de las circunstancias ambientales, afectando el nivel de inmunocompetencia del individuo, asimismo establece el contacto directo o indirecto con agentes patógenos y nocivos; también el comportamiento produce cambios graduales en el estado del organismo a través de prácticas de consumo como en el caso de los alimentos, bebidas alcohólicas, etc., el comportamiento es instrumental para detectar y atender oportunamente el surgimiento de alguna enfermedad identificando los síntomas y acudiendo a los servicios de asistencia y tratamiento médico; por último, el comportamiento potencia toda acción terapéutica (Ribes; en Vega y cols.; 1999).

La prevención debe entenderse desde el punto de vista psicológico, no como mera transmisión de información, sino analizando desde la perspectiva de las conductas preventivas eficaces (Beneit, 1994a), así como los distintos tipos de "saber hacer":

1. Saber qué se tiene que hacer, en qué circunstancias y cómo decirlo o reconocerlo.
2. Saber cómo hacerlo, haberlo hecho antes, haberlo practicado.
3. Saber qué se tiene que hacer o no y reconocer si se tiende a no hacerlo.
4. Saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y no hacerlo.
5. Saber hacer otras cosas en dicha circunstancia o saber hacer lo mismo de otra manera. (Ribes; en: Vega y cols.; 1999).

Desde esta perspectiva en la prevención tenemos que considerar:

- a) En relación con la prevención primaria, que son las prácticas vinculadas a la vida cotidiana previas a la aparición de riesgos biológicos: el desarrollo de estilos de vida que reduzcan la propensión a condiciones aumentadas de vulnerabilidad biológica.
- b) Un segundo nivel de prevención se relaciona con aquellas conductas que impiden el avance de una propensión a la patología o de una condición patológica incipiente: el reconocimiento de indicadores de riesgo, acudir oportunamente a los servicios de salud, la adherencia a las prescripciones terapéuticas y adicionalmente desarrollar competencias en el individuo que le permita ser atendido eficientemente como un usuario de un servicio de salud.
- c) Un tercer nivel implicaría que la tarea se centrará en prevenir la cronicidad de ciertos estados y el deterioro acelerado del individuo, establecer comportamientos que faciliten la recuperación parcial o total de las funciones perdidas y/o que eliminen la interferencia de ciertos estados y reacciones que perturban formas normales de reacción biológica.

Muy ligado a la prevención está la promoción, y no sólo de mantenimiento de la salud, sino un estado óptimo de vida física, mental y social tanto de los

individuos como de la sociedad. Por lo tanto, la promoción de la salud supone la instalación y mantenimiento de comportamientos aumentadores de las capacidades funcionales físicas, psicológicas y sociales de la persona (Rodríguez y García, 1996).

A la atención primaria se le han hecho apreciaciones que se pueden considerar un poco simplistas al atribuírsele la condición de cuidados elementales. Sin embargo, la atención primaria debe contemplarse como uno de los momentos más importantes y ricos dentro de los procesos de atención a la salud (Morales, 1999), ya que para empezar forma parte de todo sistema de salud, representa el primer contacto con los individuos, familia y comunidades lo que constituye el primer paso de un proceso permanente de asistencia sanitaria. Representa menores costos, lo que permitirá que aún países con problemas económicos puedan dar soporte a estas necesidades, ya que no se requiere exclusivamente de profesionales y altas tecnologías pues entra la participación de los miembros de las comunidades en la toma de decisiones y en la atención de los problemas considerados por ellos como prioritarios.

De forma general la Organización Mundial de la Salud pretende que la atención primaria sea un modo de organizar la atención de la salud de las personas, que se hace lo más cerca posible de la gente, de sus lugares de vida y trabajo, y que se lleva a cabo desde instituciones que no son de alta complejidad estructural, pero que sí deben estar concebidas con un sentido de alta eficiencia. De esta forma es en la atención primaria donde participamos activamente en un primer momento en los cambios, hábitos formas y estilos de vida considerando las características de cada población, proporcionando las herramientas acordes para una mejor calidad de vida fomentada en el ámbito de la salud.

Morales (1999), nos presenta un conjunto de temas que generalmente aparecen como prioritarios en atención primaria por ser considerados con un

mayor número de variables psicológicas que afectan a la salud. En estas prioridades este autor sugiere como eje el ciclo de vida:

Salud reproductiva

- ◆ Prácticas sexuales.
- ◆ Nacimiento de hijos de madres adolescentes.
- ◆ Aborto inducido.
- ◆ Comportamientos de riesgo para el buen desarrollo del embarazo.
- ◆ Violencia física o psicológica sobre la mujer.
- ◆ Uso inadecuado de los recursos disponibles para la atención del embarazo.
- ◆ Pobre preparación de la pareja y de los demás familiares para el acontecimiento del parto y cuidados para el recién nacido.
- ◆ Malas prácticas nutricionales para el recién nacido.
- ◆ Insuficiente desarrollo de los comportamientos paternos que propicien la satisfacción de las necesidades psicológicas del niño en el primer año de vida.

De aquí se pueden desprender acciones como:

- ✓ Trabajo con grupos de adolescentes para fomentar comportamientos preventivos, identificar grupos de riesgo y elaboración de programas para trabajar con ellos; uso de facilitadores (multiplicadores) surgidos de los propios adolescentes y de técnicas de trabajo con grupos para adiestrarlos y motivarlos; adiestramiento de maestros, médicos y enfermeras para su participación en estas intervenciones.
- ✓ Diseño de intervenciones para favorecer comportamientos que propicien la mejor evolución del embarazo considerando acciones a nivel de pareja y familiar; adiestramiento de médicos y enfermeras en recursos de comunicación y motivación.
- ✓ Organización de acciones educativas y de profilaxis del parto; organización de trabajo de grupos para la prevención de la violencia en la pareja y de grupos de autoayuda para las mujeres que son víctimas de violencia.

- ✓ Diseño de acciones grupales e individuales para la transmisión de información acerca de las necesidades físicas y emocionales del niño.
- ✓ Identificación de niños con dificultades en el desarrollo.
- ✓ Organización de programas para estimular el comportamiento de la lactancia materna.

Salud de los niños

- ◆ Ambientes domésticos y sociales propiciadores de accidentes.
- ◆ Inadecuados patrones de crianza infantil.
- ◆ Ambientes familiares disfuncionales.
- ◆ Maltrato sobre los niños, incluyendo el abuso físico.
- ◆ Inadecuados comportamientos preventivos para las enfermedades comunes de la infancia.
- ◆ Uso inadecuado de los recursos disponibles para la atención de la salud del niño.
- ◆ Pobre preparación del niño para la entrada en la escuela.
- ◆ Dificultades de aprendizaje y de adaptación a la escuela.
- ◆ Comportamientos paternos que propician hábitos nutricionales incorrectos.

De aquí se desprende medidas encaminadas a:

- ✓ Diseño y aplicación de programas a nivel individual y grupal para el mejoramiento de los patrones de crianza infantil.
- ✓ Identificación de familias disfuncionales e intervenciones de ayuda para sus problemas.
- ✓ Identificación de problemas familiares y comportamientos proclives a la producción de accidentes de los niños así como maltrato.
- ✓ Intervenciones para modificar estas situaciones a nivel individual, familiar y grupal.
- ✓ Observaciones de los ambientes escolares y proporcionamiento de sugerencias a los maestros; detección temprana de niños con dificultades y de aprendizaje y de adaptación a la escuela.

- ✓ Identificación de las prácticas frecuentes de la población en relación con la prevención de enfermedades comunes en la infancia; diseño de estrategias para la modificación de estas prácticas.
- ✓ Organización de horarios de consulta que permitan el fácil acceso de los padres y maestros, y en los que puedan brindarse orientación, e incluso terapéutica psicológica a los problemas de los niños.

Salud de los adolescentes

- ◆ Inicio de prácticas nocivas para la salud a largo plazo.
- ◆ Aumento del riesgo de accidentalidad en el que se desplazan, o por la práctica de deportes que implican asumir riesgos.
- ◆ Dificultades de adaptación al medio familiar, la escuela y el ambiente social.
- ◆ Aparición de problemas nuevos en sus vidas y que pueden implicar toma de decisiones.

Las acciones aquí a tomar:

- ✓ Realización de estudios y observaciones dirigidas a identificar la frecuencia de comportamientos nocivos para la salud entre los adolescentes de la población con quien se trabaja, así como caracterizar las circunstancias del ambiente que los favorecen; diseño de estrategias para abordarlos a nivel de la escuela y los grupos de la comunidad, identificación y adiestramiento de facilitadores, realización de actividades grupales con técnicas y contenidos específicos apropiados para este grupo de edad.
- ✓ Asesoramiento y capacitación de maestros y miembros del equipo de atención primaria acerca de los problemas psicológicos de los adolescentes y las técnicas que puedan usarse.
- ✓ Organización de servicios de consulta, orientación psicológica e incluso terapéutica, de fácil acceso para los adolescentes.

Salud de los adultos

- ◆ Reacciones y adaptación a los cambios y situaciones comunes de la vida (inicio de la vida laboral, demandas laborales, cambios de trabajo, asunción de liderazgos laborales y sociales, participación política, disponibilidad de recursos económicos, adquisición de vivienda y bienes, matrimonio, relaciones conyugales, divorcio, nacimiento de los hijos, liderazgo familiar y educación de los hijos, interacción social, entre otros).
- ◆ Mantenimiento de estilos de vida poco saludables.
- ◆ Enfermedades agudas y crónicas.
- ◆ Accidentes y secuelas.
- ◆ Dificultades en el funcionamiento familiar y en la relación de pareja.
- ◆ Uso inadecuado de los servicios de salud disponibles.
- ◆ Uso inadecuado del tiempo libre.
- ◆ Aislamiento social.

Las acciones que se pueden tomar:

- ✓ Realización de observaciones y estudios dirigidos a conocer los comportamientos nocivos para la salud frecuentes en los adultos de la comunidad, así como a identificar las circunstancias que los favorecen; diseño de estrategias para abordarlos con intervenciones a nivel de los individuos, las familias y la comunidad.
- ✓ Organización de formas de trabajo, preferentemente coordinadas con los demás miembros del equipo de salud para la disminución de los riesgos de accidentes, especialmente viales y laborales (modificaciones en el ambiente, desarrollo de competencias, etc.).
- ✓ Realización de trabajo con grupos de la comunidad en relación con los estilos de vida nocivos para la salud.
- ✓ Pesquisaje de individuos con dificultades en el afrontamiento de situaciones de tensión y de disponibilidad de apoyo social y organización de formas de atención para los mismos.

- ✓ Realización de intervenciones de asesoramiento, e incluso terapéuticas, dirigidas a las familias disfuncionales.
- ✓ Organización de consultas y otras formas de atención psicológica de fácil acceso a personas que busquen ayuda para el control de comportamientos nocivos (por ejemplo, el de fumar), para el manejo de situaciones de tensión, e incluso para problemas específicos, como manifestación de dolor crónico.
- ✓ Integración de recursos psicológicos en la atención de enfermos crónicos (hipertensión, diabéticos, etc.), a través de las consultas y otras formas de atención brindadas por el centro de atención primaria para estas personas.
- ✓ Asesoramiento y capacitación de los demás miembros del equipo de atención primaria en relación con los aspectos psicológicos de los problemas de salud de los adultos.

Salud de los adultos mayores (tercera edad)

- ◆ Reacciones a los cambios y situaciones frecuentes en esta etapa: jubilación, reducción de los recursos económicos, viudez, disminución del liderazgo en el seno de la familia, muerte o alejamiento de amigos, aceptar la convivencia con personas nuevas (por ejemplo, nueras o yernos) o trasladarse a vivir a una institución.
- ◆ Aumento de las limitaciones impuestas por las enfermedades crónicas, adaptación de las rutinas personales cotidianas a las exigencias de los tratamientos de esas enfermedades, disminución de la capacidad de desplazamiento independiente, déficit sensoriales.
- ◆ Disminución de las oportunidades de uso placentero del tiempo libre y dificultades de adaptación a los cambios del ambiente social que obstaculizan esas distracciones.
- ◆ Uso inadecuado de los servicios de salud disponibles o dificultad de acceso a los mismos; en algunos casos, no contar con acceso a este tipo de servicios.
- ◆ Aislamiento social y disminución de la autoestima; estados depresivos.

Ejemplos de acciones que se pueden tomar:

- ✓ Realización de observaciones y estudios dirigidos a conocer los comportamientos nocivos para la salud más frecuentes entre los adultos mayores, así como las circunstancias del ambiente familiar y social que favorecen esos comportamientos o que incrementan las posibilidades de dificultar la adaptación a los cambios y situaciones de la vida, típicos de la etapa; diseño de intervenciones apropiadas para estos problemas.
- ✓ Pesquisaje de los individuos con mayores dificultades y con comportamientos que afectan la evolución de sus enfermedades crónicas o pueden constituir riesgo para las que aún no se han presentado, y ofrecimiento de acciones de ayuda psicológica, incluso de nivel terapéutico, apropiadas; incorporación de acciones psicológicas en los servicios de tratamiento médico que se brindan esas personas.
- ✓ Intervenciones a nivel de las familias cuyas dificultades de funcionamiento afectan los comportamientos de salud de sus adultos mayores.
- ✓ Fomentar programas dirigidos a la formación y el fortalecimiento de redes de apoyo social, que incluyan, además, acciones dirigidas a mejorar la eficiencia física y la evolución de las enfermedades.
- ✓ Ofrecimiento de servicios de atención psicológica de fácil acceso para estas personas.
- ✓ Asesoramiento y capacitación de los demás miembros del equipo de trabajo de atención primaria en relación con los problemas psicológicos de este grupo de edad.

Podemos ver que para éste trabajo se requiere la colaboración de la comunidad para que conjuntamente se puedan promover ese tipo de participación, es por esto que se considera uno de los desafíos más importantes de la psicología en el ámbito de la salud, el poder desarrollar métodos para modificar los estilos y la calidad de vida de las personas.

Para lograr modificar estos estilos de vida, pautas de comportamiento, estilos interactivos, etc., es importante conocer lo que para las personas es la salud y la enfermedad. Comúnmente las personas dan respuesta a su enfermedad con un sentido común alejado de todo modelo científico, ésta representación se basa frecuentemente en concepciones erróneas o en una información equivocada. Es de ésta forma que determinan la conducta de enfermedad y la utilización de servicios sanitarios. En principio, un daño o un malestar debe ser percibido por la persona y reconocerlo cuando éste es indicado por los demás, una vez identificado se le asigna lo que los sociólogos han designado como "el rol del enfermo" (Rodríguez y García, 1996), influido por el carácter cultural en los diferentes ámbitos sociales y que resume representaciones acerca del significado de ese rol y de lo que se espera que se haga o no, y de éste se desprende que puede haber muchas variaciones entre las disfunciones y los comportamientos que se despliegan.

Diversos autores como Leventhal y Nerenz así como Turk (citados en: Beneit y Latorre, 1994), sugieren que estas representaciones que los individuos elaboran sobre sus enfermedades incluyen diferentes factores o variables como:

1. *Identidad.* Se trata de variables que identifican la presencia o ausencia de una enfermedad. Puede referirse al nombre o etiqueta de la enfermedad o a signos y síntomas de la misma.
2. *Consecuencias.* Se refiere a la percepción de los pacientes acerca de las implicaciones (físicas, sociales y económicas) que tendrá la enfermedad, así como a las reacciones emocionales que podrán surgir como consecuencia de la misma.
3. *Causas.* Se trata de las ideas que tiene el paciente acerca de la etiología o la causa de la enfermedad (herencia, contagio).
4. *Duración.* Referida a la expectativa del paciente acerca de la evolución y el tiempo que durará la enfermedad.

5. *Gravedad*. Determinada por las concepciones del sujeto acerca de las dificultades que entraña la curación de la enfermedad y la duración de la atención médica que requiere.
6. *Responsabilidad personal en la causa y el tratamiento*. Hace referencia a las creencias del paciente sobre qué o quién es el responsable del comienzo de la enfermedad y de su resolución.
7. *Controlabilidad*. Referida a las creencias del sujeto sobre el grado de control que puede ejercer sobre la evolución de su enfermedad.
8. *Variabilidad*. Determinada por las creencias del individuo sobre si los síntomas y otros aspectos de la enfermedad permanecerán estables o no a lo largo del tiempo.

Esta combinación de factores da lugar a diferentes esquemas o modelos de enfermedad, entre los más dominantes y que hacen referencia los pacientes son:

- a) Modelo de *enfermedad aguda*, que se concibe como causada por factores muy concretos (como un virus o agente bacteriano), con una duración corta y de consecuencias sólo a corto plazo.
- b) Modelo de *enfermedad crónica*, causada por múltiples factores, entre los que se incluyen hábitos y estilos de vida inapropiados; es de larga duración y produce graves consecuencias.
- c) Modelo de *enfermedad cíclica*, caracterizada por períodos alternativos sintomáticos y asintomáticos.

Se ha puesto de manifiesto que para la elaboración de estos modelos de enfermedad, las personas utilizan cuatro fuentes de información:

- 1) Las experiencias corporales del paciente, como son la naturaleza, persistencia y severidad de los síntomas.

- 2) Las concepciones predominantes sobre la enfermedad en la cultura del individuo.
- 3) En función de la anterior y viene dada por la comunicación social o información obtenida a través de otras personas, como familiares y amigos, y fundamentalmente profesionales de la salud.
- 4) Las experiencias personales que en el pasado han tenido los sujetos con la enfermedad.

Estas concepciones pueden permitir que el individuo se integre o no a un tratamiento en busca de su recuperación, la adherencia a estos que puede ser el resultado de una toma de decisiones activo de donde el individuo elabora una definición o representación de su enfermedad y que en función de esta regula su comportamiento, que según Howard Leventhal (citados en: Beneit y Latorre, 1994), es otro de los principales problemas a los que hacemos frente y que tenemos que abordar.

El porque hay una mayor incidencia y trato especializado en el tratamiento y rehabilitación de los problemas de salud que en la prevención, puede ser debido a esa falta de adherencia a los tratamientos de los cuales la persona enferma debe formar parte para así prevenir consecuencias mayores dado cierto estado de malestar. Es importante considerar que en esta adherencia tiene que haber una colaboración voluntaria del paciente con el fin de producir un resultado satisfactorio, esto implica:

1. Tomar parte y continuar un programa de tratamiento.
2. Mantener las horas de consulta y acudir a las revisiones.
3. Tomar correctamente la medicación prescrita.
4. Llevar a cabo conductas adecuadas en el estilo de vida (alimentación, ejercicio, manejo de estrés, etc.).
5. Realizar correctamente el régimen domiciliario.
6. Evitar comportamientos que conlleven un riesgo para la salud (fumar, beber, etc.).

Así como las personas crean sus propias representaciones acerca de la salud y de la enfermedad y que conlleva a un tratamiento o búsqueda de ayuda profesional, de igual forma lo hacen sobre la eficacia potencial de cualquier acción terapéutica. Esta falta a la adherencia que el individuo hace puede ser producto de alguna deficiencia por parte de éste, su incapacidad de adaptarse a ésta ya sea por olvido, ignorancia, falta de voluntad o ausencia de motivación, pero de igual forma existen circunstancias que pueden resultar adaptativas en una búsqueda por controlar su enfermedad. De esta forma el paciente puede pensar:

- "Únicamente se toman medicinas cuando se está enfermo y no cuando uno se siente bien".
- "De vez en cuando hay que dar un descanso al organismo y no tomar medicinas".
- "No siento que éste fármaco me esté haciendo nada".
- "El Señor curará mi enfermedad".
- "Mi dolor tiene que tener una causa orgánica; realizar los ejercicios no va a producir ninguna diferencia".

Otras razones por la que los pacientes deciden no seguir los tratamientos son:

- Incertidumbre sobre la eficacia del tratamiento.
- Experiencias anteriores con profesionales de la salud y tratamientos.
- Preocupaciones sobre posibles efectos secundarios.
- Determinación de los inconvenientes (esfuerzo, gasto, efectos secundarios) que sobrepasan los beneficios potenciales.
- Deseo de mantener el control sobre algunos ámbitos de la vida.
- Demandas ambientales interferentes más apremiantes.
- Sensación de fatalismo o parálisis de voluntad.
- Experiencias de otros con el tratamiento.
- Contemplar la adherencia como factor interferente con el sistema de creencias mantenido por el sujeto.

Dado que las personas crean su propio modelo explicativo sobre su enfermedad, etiología, curso, pronóstico y tratamiento, suele haber diferencias entre éste y el defendido por el profesional de la salud, lo que puede contribuir a la falta de adherencia a un tratamiento y no formar parte del proceso de cambio que en principio se espera por ser el fomento de la salud, prevención y promoción.

Ahora mencionaremos la atención que se realiza directamente en los centros hospitalarios referida a la atención secundaria y terciaria que se relaciona con el período patógeno y sus secuelas. Es en los hospitales en donde se resuelven mucho de los problemas de las enfermedades con la atención de profesionales, que en conjunción centran sus acciones de acuerdo a la naturaleza del problema. El psicólogo ha figurado en estos escenarios desde hace ya varias décadas pero casi exclusivamente en los servicios de psiquiatría. Con los avances que ha tenido la psicología en el campo de la salud y los cambios en los procesos de enfermedad así como su concepción, en las últimas tres décadas hemos ensanchado la actividad gracias a los siguientes hechos:

1. El reconocimiento de las variables psicológicas en la evolución de padecimientos crónicos degenerativos, en donde el tema de adhesión a los tratamientos ha sido de los más influyentes.
2. El desarrollo concomitante de los recursos tecnológicos de la psicología para intervenir en una mayor diversidad en los problemas de salud.
3. El aumento en el interés por la calidad de los servicios, la satisfacción de los pacientes y familiares, y por la adecuación de los ambientes hospitalarios a las necesidades de los usuarios.
4. El aumento del interés por recursos no farmacológicos para el tratamiento del dolor.

5. Aparejado a todo lo anterior, se ha mostrado un mayor interés por el trabajo multidisciplinario; y por parte de los profesionales de la salud (médicos y enfermeras sobre todo) por obtener y aplicar conocimientos psicológicos.
6. Un mayor interés por actuar en un ámbito más amplio y de manera más independiente, es decir, que pueda actuar estableciendo sus propios objetivos, decidir sobre sus prioridades, precisar técnicas y procedimientos de trabajo propios, intercambiando experiencias, pero no bajo la subordinación de ningún otro servicio (por ejemplo, el de una determinada especialidad médica).
7. Paralelamente ha aumentado el reconocimiento que los dirigentes de los hospitales y los jefes de servicio hacen de la actividad profesional del psicólogo.

De esta forma los objetivos pueden ser agrupados en:

- I. La asistencia directa a los enfermos y sus familiares.
- II. La docencia.
- III. La investigación
- IV. La acción institucional, que comprende entre otras cosas la satisfacción de usuarios, el diseño de ambientes hospitalarios etc.

Morales (1999), nos aporta de manera general algunas de las problemáticas más frecuentes en una institución hospitalaria así como acciones a seguir o por retomar por parte de la psicología para su desarrollo e intervención.

Servicios clínicos y quirúrgicos para adultos

- ◆ Insuficiente comunicación de información acerca de la enfermedad, los tratamientos, el pronóstico, las secuelas y la muerte. Así como de la accesibilidad y uso de los servicios disponibles.

- ◆ Deficiente preparación emocional a los pacientes y familiares en la obtención del consentimiento para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos; dificultades en la cooperación de los pacientes con los mismos.
- ◆ Dificultades en el cumplimiento de indicaciones: administración de medicamentos, reposo, realización de ejercicios, medidas dietéticas, tanto durante la hospitalización como en lo sucesivo.
- ◆ Manifestaciones psicológicas de nivel clínico en los pacientes: depresión, ansiedad, trastornos de conciencia, alteraciones de la percepción del tiempo y del esquema corporal.
- ◆ Inapropiado manejo de las manifestaciones de dolor y de procedimientos molestos para el paciente.
- ◆ Problemas en las relaciones interpersonales: del paciente con el equipo de atención; del paciente con los familiares; de los familiares con el equipo de atención; de los miembros del equipo de atención entre ellos mismos.
- ◆ Insatisfacción con los servicios de la institución en general o con algún servicio o proceso de atención particular.

Ejemplo de acciones emprendidas:

- ✓ Análisis de los patrones de comunicación en uso, de acuerdo con el tipo de servicio y enfermedad; identificación de insuficiencias en los procesos de comunicación. Diseño de intervenciones para mejorarlos.
- ✓ Análisis del proceso de toma de decisiones por los pacientes en problemas típicos de las enfermedades más frecuentes que se atienden en la institución; asesoramiento a los médicos para favorecerlo y para la preparación de los pacientes para procedimientos diagnósticos, quirúrgicos y terapéuticos.
- ✓ Asesoramiento al equipo de trabajo (principalmente médico y enfermeras, así como al personal paramédico, auxiliar, de servicios de información), en técnicas de fomento de la adhesión a los tratamientos.

- ✓ Trabajo directo con pacientes empleando técnicas de manejo de tensiones de la vida cotidiana: modificación de comportamientos de ingestión de alimentos, etc., durante la hospitalización así como en el seguimiento del egresado.
- ✓ Análisis de las rutinas institucionales a nivel del servicio o de la institución en general, y de su correspondencia con las necesidades de pacientes y familiares; introducción de modificaciones apropiadas y factibles; asesoramiento a las autoridades institucionales y al equipo de trabajo; desarrollo de acciones coordinadas con trabajadoras sociales.
- ✓ Evaluación clínico - psicológica de pacientes; realización de acciones terapéuticas con recursos psicológicos durante la hospitalización y con seguimiento posterior; asesoramiento del equipo de atención en el manejo de problemas propios de cada paciente; coordinación de trabajo con las especialidades médicas indicadas.
- ✓ Asesoramiento al equipo de atención con respecto al uso de procedimientos psicológicos para el control y la reducción de la experiencia del dolor; asistencia directa a pacientes específicos que lo requieran con técnicas psicológicas apropiadas, durante la hospitalización y el egreso.
- ✓ Análisis de prácticas habituales de relación equipo de atención – pacientes, incluyendo médicos, enfermeras, técnicos, etc. Identificación de insuficiencias. Asesoramiento del equipo para optimizar sus relaciones con los pacientes; desarrollo de entrenamiento de habilidades, de acuerdo con las necesidades; intervenciones directas para favorecer estas relaciones en situaciones específicas; del mismo modo se puede proceder en lo que respecta a las relaciones del equipo de atención con los familiares.
- ✓ Favorecimiento de la comunicación del paciente con sus familiares; identificación del funcionamiento de la familia en tanto sistema de apoyo; asesoramiento al equipo de atención para contribuir a optimizar ese sistema; intervenciones directas en caso de situaciones que lo requieran.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ✓ Observaciones y análisis de la comunicación entre los miembros del equipo de atención; intervenciones directas para optimizarlas (trabajo de grupos, asesoría).
- ✓ Diseño y ejecución de estudios generales periódicos, o específicos, para conocer la satisfacción de pacientes y familiares con los servicios; uso de cuestionarios, grupos focales, observaciones, entrevistas; sugerencias a las autoridades institucionales; trabajo directo con miembros de equipos de atención, grupos; adiestramiento en técnicas de información, etc.

Servicios clínicos y quirúrgicos para niños

- ◆ Suelen ser los mismos que se señalan para los servicios clínicos y quirúrgicos para adultos, como es lógico con sus características específicas.
- ◆ Las implicaciones de la enfermedad, la experiencia de la hospitalización y las posibles limitaciones permanentes para el desarrollo psicológico del niño.
- ◆ La participación de los padres, y muy especialmente de la madre, en todo el proceso de atención al niño, interviniendo como un elemento presente en la relación del equipo con el paciente.
- ◆ La interrupción del ciclo de aprendizaje escolar.
- ◆ Limitaciones de la satisfacción de las necesidades de juego y recreación.

Acciones a tomar:

- ✓ Evaluación casuística del impacto de la enfermedad para la vida futura del niño; atención a su desarrollo psicológico aún después del egreso.
- ✓ Diseño de sistemas de madre/padre acompañante; trabajo directo con ambos padres y otros familiares significativos con técnicas individuales y de grupo dirigidos a disminuir sus manifestaciones de ansiedad.
- ✓ Integración de programas escolares en el hospital; asesoramiento a los maestros.

- ✓ Acciones coordinadas con las trabajadoras sociales para la realización de actividades recreativas y de juego.

Servicios clínicos y quirúrgicos de ginecología y obstetricia

- ◆ Los servicios de ginecología presentan en general las mismas áreas de problemas que se describen anteriormente, pero en el caso de la obstetricia se observan otros problemas.
- ◆ Preparación psicológica para el parto, incluyendo la preparación de los esposos para su participación en el mismo.
- ◆ Pérdidas de embarazos deseados.
- ◆ Dificultades con el inicio de la lactancia materna.
- ◆ Problemas relacionados con el aborto inducido.

Ejemplos de acciones emprendidas:

- ✓ Diseño, puesta en ejecución y evaluación de programas de preparación de la pareja para el parto, en los que esté presente no sólo la perspectiva médica, sino también la psicológica; adiestramiento y asesoría a los profesionales que los llevan a cabo; asesoramiento al equipo de atención de la sala de partos.
- ✓ Programas específicos para la atención de las parejas que han experimentado la pérdida de un embarazo deseado: atención directa mediante técnicas de psicoterapia; asesoramiento al equipo de atención para el manejo de estas situaciones.
- ✓ Diseño, puesta en práctica y evaluación de programas de trabajo de alcance institucional para favorecer la adopción del comportamiento de lactar; asesoría al equipo de atención sobre técnicas educativas y de grupo.
- ✓ Investigación de las variables psicológicas y sociales que se asocian a la solicitud de aborto en el área que se trabaja (si es legal); organización de acciones coordinadas con los médicos y enfermeras para el ofrecimiento de información para evitar la reiteración de estas solicitudes.

Como vemos son aspectos que muestran un amplio campo de acción y no solamente en acciones o enfermedades específicas. Si bien los aspectos de la enfermedad crónica resaltan por su mayor incidencia, en base a un estado óptimo de salud, con nuestro conocimiento y herramientas abordamos los problemas de salud en los diferentes niveles de atención.

3.1. Reporte del Trabajo Realizado en el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylan"

Hemos revisado diversas implicaciones en el proceso de la salud y la enfermedad destacando nuestro papel en el campo de la salud, a partir de la aplicación de técnicas, métodos, procedimientos derivados de la investigación y un marco teórico propio, con el fin de obtener un bienestar óptimo físico y mental de los pacientes que asiste a instituciones de salud.

Este reporte de trabajo está centrado en las actividades que realizamos en una institución hospitalaria.

Rápidamente haremos una breve descripción de la institución en que se laboró; éste fue el Hospital General de Tlalnepantla "Valle Ceylan", fundado en 1971 por las necesidades valoradas en materia de salud y servicios médicos asistenciales en el país. El entonces presidente de México Lic. Luis Echeverría Alvarez junto con el Ministro de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.) Jorge Jiménez Cantú así como el Gobernador del Estado de México Carlos Hank González es que se inicia la construcción del Hospital General de Tlalnepantla con una inversión de 20 millones de pesos que incluía el equipo necesario para su funcionamiento y de esta forma poder brindar atención de primer y segundo nivel.

La construcción del hospital se realiza en trece meses y estuvo a cargo del Arquitecto Leonardo Marti Escocia en una superficie de 10,884 metros cuadrados.

Está ubicado en el predio situado entre las calles de Colima, Villa Hermosa y Morelia en la colonia Valle Ceylan de Tlalnepantla Estado de México, siendo así perteneciente al Instituto de Salud del Estado de México (ISEM) de la Secretaría de Salud (S.S.).

El hospital se inaugura el 21 de noviembre de 1972 y entra en funciones el 11 de diciembre del mismo año, siendo nombrado Director el Dr. Jesús Álvarez de los Cobos y como Subdirector el Dr. José Zamudio Acosta. Contaba entonces con 154 camas para los diversos servicios como Ginecología y Obstetricia, pediatría, cirugía, etc.

Actualmente el Director General es el Dr. Carlos Aranza. A la fecha se ha restaurado y modificado su área física dada la gran demanda en atención principalmente de tercer nivel.

La institución es considerada "Hospital Amigo del Niño y de la Madre", nombre que la OMS designa a las instituciones encargadas del bienestar y cuidado de un buen desarrollo en todas sus etapas del niño junto con la madre. Es por esto que gran parte de su área física, los tres primeros niveles, estén destinados a estos.

Cuenta con los servicios de Medicina Perinatal Pediátrica, Gineco – obstetricia y Pediatría, entre los cuales se encuentran servicios como el Banco de Leche y sala de juegos. A la par se integran programas como "Mamá canguro" en conjunción con estas especialidades, encargada del seguimiento de las madres y los niños. De igual forma la "Clínica del Adolescente" que responde a las necesidades de Pediatría y casos especiales como son madres adolescentes.

Siendo Hospital General, cuenta con los servicios de Urgencias, Terapia Intensiva, Medicina preventiva, Consulta externa, así como La Clínica del Dolor,

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

ubicados principalmente en la planta baja y compartiendo estos servicios con las ya antes mencionados.

El cuarto piso cuenta con áreas de recuperación procedentes de diversas áreas de atención como urgencias y terapia intensiva; en el quinto piso se encuentran los quirófanos.

La institución se considera como Hospital Escuela ya que ha preparado a más de 400 médicos, asimismo han realizado servicio social 2,376 pasantes de enfermería coordinado por la Dirección de Enseñanza.

La incorporación a esta institución responde al interés principal de poder desarrollarme en el ámbito profesional directamente en el área de la salud, y el interés mismo de la institución por dar cabida y reconocimiento a la labor del psicólogo para la atención de diversos padecimientos de orden psicológico. Ello me permitió ver desde un principio un horizonte poco explotado y detectar la necesidad de una mayor formación a nivel curricular en ésta área, pero que permitió cumplir con las expectativas planteadas al momento de integrarnos a este campo de trabajo que fue el dar atención psicológica a los usuarios.

La principal área de adscripción en la que se trabajó fue "La Clínica del Adolescente", coordinada por la Doctora Blanca Calderón, en donde como su nombre lo indica se da —entre otras- una atención integral a los usuarios en esta etapa de desarrollo, proporcionando orientación, información, tratamiento médico y apoyo terapéutico en problemas como:

- Drogadicción;
- Desintegración familiar;
- Orientación vocacional;
- Abuso y maltrato;
- Madres adolescentes;
- Problemas de conducta, entre otros.

El servicio que presta ésta área es mediante sesiones de trabajo clínico, ya sea médico o psicológico, con el usuario demandante y/o los familiares, así como también la realización de talleres con fines informativos. Cuenta con tres consultorios y una aula de usos múltiples así como un cubículo para la atención a madres en etapa de lactancia.

Cabe destacar que los espacios proporcionados sirvieron también para dar atención clínica a la población en general o que fuera remitido de otra área médica para su valoración y tratamiento psicológico. Es así que se atendieron diversos problemas entre los que destacan:

- Depresión,
- Ansiedad,
- Problemas de pareja,
- Disfunción familiar, entre otros.

Esta es sólo una parte del el trabajo que si bien se centró en problemáticas enmarcadas propiamente dentro de la psicología o de la salud mental, queremos hacer notar que muchos de estos -como ya se especificó-, se presentaban acompañados de trastornos físicos u orgánicos. De ésta forma el trabajo realizado vino a formar parte de la atención integral para el establecimiento de un estado de salud óptimo. Los aportes de la psicología en éste aspecto contribuyeron a la disminución de malestares y síntomas que muchas veces acompañan al padecimiento somático.

Parte del trabajo se centró también en el área de gineco – obstetricia atendiendo a pacientes en situaciones de post parto, abortos, pérdida del producto, madres adolescentes, etc. De manera general lo que es el embarazo y parto tienen una serie de componentes como el biológico, social y psicológico que participan en toda la gestación. Un buen desarrollo embrionario depende en mucho de la adecuada adaptación que se tenga en este proceso. No obstante la

salud mental puede alterarse debido a situaciones sociales, familiares, civiles y ambientales insatisfactorias como: una adolescencia temprana, la soltería, una mala relación de pareja, un embarazo no deseado, etc.

La alteración mental post – parto que se asocia a conflictos más profundos es la que repercute principalmente en un rechazo hacia su nueva función y papel de madre debido principalmente a una baja identificación con la propia madre e insuficiente contacto emocional durante la infancia, negación del embarazo, entre otros.

En las otras áreas de especialidades no se abordaron ampliamente ni se tuvo injerencia de forma tal que pudiéramos hacer un trabajo psicológico, sin embargo hubo pequeños acercamientos que nos dieron la visión del amplio trabajo que se podría desarrollar en cualquier área de atención, como la intervención en crisis en el área de urgencias, al apoyo psicológico a familiares de pacientes internos en pediatría y quirófanos. Estas son las acciones en general realizadas en este hospital, posteriormente revisaremos y daremos más a detalle las acciones concretas y el trabajo con los pacientes atendidos a lo largo de este tiempo.

La población que atiende este hospital perteneciente al ISEM es amplia, no podemos decir que acuden solamente personas de bajos recursos (tal vez sea la mayoría), pero asisten personas que cuentan con recursos pero no con asistencia social. Suelen ser comerciantes o personas que trabajan por su cuenta. También debemos mencionar que el hospital recibe gente no sólo de la comunidad de Tlalnepantla sino inclusive de municipios alejados como Cuautitlan Izcalli o Tultilan, por lo que la forma de ver la salud y la enfermedad es muy diversa producto del contexto socio – cultural.

De ésta forma nos enfrentamos a la problemática de una atención integral. Pudimos considerar los aspectos psicológicos como parte de la enfermedad y

también dar cuenta de la falta de adherencia a los tratamientos y que en muchos de los casos ni siquiera llega a considerarse como necesaria la atención psicológica. El desconocimiento y las creencias erróneas de lo que implica este tipo de trabajo ha generado resistencia o rechazo. Es por esto que la población atendida resulta mínima en comparación a la que acude a los servicios médicos.

3.2. El Papel del Psicólogo

Siendo un hospital que cubre las necesidades de atención en primer y segundo nivel, queda por parte del personal la labor de promoción y prevención de salud. De esta forma el papel del psicólogo en este rubro está encaminado a la realización de actividades que permitan a la población que acude formar parte de talleres, asistir a sesiones de orientación en base a las necesidades de cada uno; punto muy importante ya que aunque nuestra labor no se centró en este tipo de actividades pudimos constatar el interés de las personas por conocer más acerca de su enfermedad para poder ajustar sus hábitos y estilo de vida para alcanzar un estado de salud más favorable.

Con fuerte arraigo de ser el médico el principal encargado de cuidar y restablecer la salud, es fundamental su participación en la promoción y prevención de ésta. En cooperación con el servicio de psicología se realizan actividades encaminadas a fomentar nuevos hábitos y estilos de vida, como por ejemplo talleres destinados a tratar enfermedades como la diabetes donde son importantes los cambios en hábitos como el comer, actividades, familiares, etc. De aquí se desprende que en la prevención y promoción se cubran aspectos biológicos, psicológicos y sociales; dando a conocer la etiología, trastornos orgánicos y conductas a seguir para su tratamiento incluyendo los cambios pertinentes en el entorno físico y social.

Para ello el equipo de salud (incluyendo sociólogos, trabajadores sociales, expertos en epidemiología, entre otros) tienen que ir más allá de las instancias hospitalarias, realizando trabajo comunitario en la búsqueda de conocer las problemáticas propias de la comunidad y realizar trabajo de promoción.

En nuestro caso, éstas actividades estuvieron presentes, ya que otras instituciones de la comunidad como escuelas, acuden a solicitar el apoyo de los profesionales que laboran en el hospital a dar mensajes e invitar a obtener una mejor calidad de vida. Sexualidad, prevención de adicciones, género, son entre otros, aspectos de interés encaminados a los adolescentes y al propio personal docente. Estas actividades fueron abordadas por el psicólogo de la salud tras conocer las características y problemáticas propias de la población.

Dentro de la tradición psicológica que es la atención clínica, en una institución hospitalaria, se realiza por medio de la consulta, la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento tal y como la describe Ribes (1990), con una óptica médica. Se realizó éste tipo de trabajo en la Clínica del Adolescente descrita anteriormente. Aquí el psicólogo tiene más libertad de acción haciendo uso de técnicas y procedimientos propios de la especialidad pero siempre contando con el apoyo médico ante situaciones que van más allá del aspecto psicológico, es decir, ante padecimientos que en su tratamiento conllevan y van a la par con el médico (prescripción de fármacos, malestares específicos propios de la enfermedad, etc.), y que el psicólogo debe interesarse e informarse para adecuar el tratamiento a las necesidades del paciente, conocer a fondo su enfermedad. Lo que implica un mayor compromiso.

El hospital cuenta con el servicio psicológico con el rubro de Salud Mental, ahí la población que lo solicita acude a tratamiento. Paralelamente el interés y conocimiento por parte del personal médico acerca de los factores psicológicos en ciertas enfermedades, ha permitido que sean ellos mismos los que remitan a los usuarios a este tipo de servicio cubriendo así una atención integral de la

problemática de cada paciente. Por otro lado el psicólogo cumple funciones de evaluación y tratamiento a pacientes internos en las diversas áreas con que cuenta el hospital (urgencias, pediatría, etc.), si fuese el caso, cumple la función terapéutica y como apoyo social no sólo con el paciente sino también con familiares. Así podemos decir que el psicólogo entra directamente a formar parte en el proceso de restablecimiento de la salud de los pacientes.

Se ha encontrado que el apoyo social ayuda a amortiguar los acontecimientos estresantes como lo es una enfermedad; que éste mismo tiene un aspecto terapéutico ante la aparición de un trastorno particular reduciendo los síntomas. El trabajo del psicólogo cubre de manera importante dando de forma inmediata ese acompañamiento o apoyo social, ya que el personal médico difícilmente se centra en ellos, ya sea por las cargas excesivas de trabajo o de manera más explícita no les corresponde, ya que en cierta forma están más centrados en la aplicación de procedimientos que actúen sobre lo somático en su idea tradicional de curar (Morales, 1999).

Aspecto fértil para la psicología el poder brindar asesoramiento en base a las necesidades del paciente y del cual el propio cuerpo médico, incluyendo las enfermeras podrían participar mejorando la relación médico – paciente.

Así, en el caso del área de gineco – obstetricia en donde en cierta forma cumplíamos con nuestra visita el rol de escucha y agente de apoyo social como parte de la ayuda terapéutica, ya que las horas de visita están destinadas a ciertos horarios y sin la posibilidad de flexibilizar. Nos encontrábamos ante situaciones que durante la propia gestación producen fuertes alteraciones emocionales que pueden repercutir en la salud física y mental de la paciente (López, 1994). El no afrontar de manera adecuada las situaciones que se presentan durante el embarazo puede crear problemas durante el parto, dando paso a partos prematuros, cesáreas y muerte perinatal así como una dependencia y adoptar un papel de enferma.

Aunado a estas situaciones, encontramos factores externos y aspectos cognitivos como la situación laboral, las relaciones con la pareja y la familia, la calidad de vida, bajo nivel cultural, que devenían en estados de ansiedad y depresión. El afrontar su realidad y proponer un proyecto y forma de vida diferente son las labores principales a llevar a cabo en esta área, por supuesto el interés por una evolución en su estado emocional presupone una labor terapéutica.

En base a las propuestas de los interesados en el desarrollo de una psicología de la salud, podemos afirmar que el trabajo que en ésta institución se realiza cubre los aspectos más significativos en materia de salud como la prevención, rehabilitación y tratamiento. Si bien tenemos que afirmar que el trabajo realizado parecería no tener el impacto suficiente dentro de la propia institución y la población a la que se atendió, puede ser debido a ese desconocimiento social de lo que la psicología puede aportar en el terreno de la salud.

Es muy común todavía escuchar a la gente que el asistir al psicólogo plantea para ellos una posible problemática que no consideran como propia: "la locura". Esta concepción dificulta que el psicólogo sea visto como un profesional de la salud, es decir, parecería ser un trabajo ajeno, ubicando su labor a instituciones psiquiátricas, situación que puede impedir un ejercicio amplio de la profesión y una práctica real de la psicología de la salud.

3.2.1. Atención a Pacientes Internos

En este apartado haremos mención del trabajo realizado en el área de gineco – obstetricia donde podemos describir en base a la experiencia que el propio embarazo y parto producen fuertes alteraciones emocionales y que pueden repercutir en la salud física y mental de la paciente. Dentro de este proceso se deben tomar en cuenta aspectos interrelacionados como el biológico (el nacimiento de un niño sano sin detrimento físico para la madre), psicológicos (el

crecimiento y la madurez de la mujer como madre) y sociales (cambio en el papel social de la madre, las interrelaciones con la pareja, con otros hijos y los medios y soportes sociales con los que se cuenta). Es por eso que la mujer experimenta a lo largo de su embarazo una ambivalencia entre el deseo de embarazarse y el temor a las consecuencias del mismo. López (1994), menciona que se pueden encontrar tres períodos de estrés incrementado durante la gestación:

1. La percepción del embarazo, caracterizada por la incertidumbre, la ambigüedad, la espera de la confirmación diagnóstica y la ansiedad ante lo desconocido, si es el primer embarazo.
2. El segundo es el período en que la embarazada percibe los movimientos fetales (aproximadamente hacia el 5º mes), se da la identificación con el feto como algo distinto pero que depende de ella.
3. Cuando empieza a percibir la inminencia del parto por la proximidad de la fecha así como la distensión de su abdomen. Se inician muchas fantasías y en otras ocasiones se movilizan ansiedades persecutorias y melancólicas como miedo al dolor, a la agresión, a la pérdida y al duelo.

También es importante considerar el número de embarazos ya que dependiendo el número de éstos puede suponer una sobrecarga siendo ello un factor estresante. De igual forma factores externos como la situación laboral, la relación de pareja y la familia, la calidad de vida, tienen un efecto importante en el embarazo de la mujer, el deseo de éste y la actitud hacia el mismo que vienen acompañadas de las creencias de la mujer a lo largo de su vida: información, educación, modelo de los padres y otros familiares, etc.

El afrontar estas situaciones de manera efectiva da como resultado un estado de salud física y mental propicia para un buen parto. Se considera que las mujeres con una mala salud tienden más a partos prematuros, cesáreas y muerte perinatal así como una dependencia y adoptar un papel de enferma. Ante estas situaciones y dado que la mayor atención se centró en madres adolescentes, embarazos no deseados, muerte perinatal y abortos, pudimos corroborar en base

a los estudios de Hert (citado en: López, 1994), en embarazadas, que las pacientes con este tipo de problemas presentaban:

1. Una relación alterada con familiares y la pareja;
2. Experiencias emocionales negativas durante la maduración sexual;
3. Problemas en el proceso de socialización;
4. Hacinamiento;
5. Problemas económicos;
6. Mala calidad de vida;
7. Nivel educativo bajo, etc.

Entonces en general podemos decir que la población que asiste a la institución es aquella que no cuenta con seguridad social y por ende en su mayoría son personas con un nivel económico bajo. Lo que nos llevo a considerar principalmente la atención a pacientes que en su expediente se reportaban como embarazos de alto riesgo, parto prematuro, aborto o muerte del producto. Bajo estas situaciones es que se hacía un recorrido por cada una de las salas.

La visita estaba destinada a abordar la problemática específica de la forma en como Bellak (1983) propone como parte de la terapia breve, intensiva y de urgencias; con esto se cubren tres objetivos:

- I. Hacer una valoración de la problemática de la paciente;
- II. La visita sirve como parte de acompañamiento hospitalario;
- III. Un primer paso a un tratamiento terapéutico más en forma.

Para el primer caso se realiza una exploración psicológica básica (ideas, pensamientos, así como la situación actual en su núcleo familiar: pareja, padres, otros hijos, situación económica y laboral, etc.); de esta forma el diagnóstico nos sirvió para intervenir y evaluar si en su caso requería de un mayor tratamiento y seguimiento.

La visita psicológica cobra una gran importancia ya que el estrés que produce el estar internado, se ve disminuido por la posibilidad de poder hablar y ser escuchado por un profesional. Las visitas propias de los familiares son sólo a determinadas horas y el único contacto que tienen las pacientes es con el personal médico.

El papel del psicólogo como escucha y como parte del personal de salud tiene la tarea de poder brindar a las pacientes las estrategias con las que puedan afrontar en ese momento la ansiedad de un parto. El cómo lo superen y afronten depende mucho de la personalidad y la salud psíquica de cada mujer.

Nuestro trabajo consistió en una visita por semana, ya que había que atender otras áreas, y en el horario de 09:00 a 13:00 horas hacer un recorrido por cada una de las salas; de un extremo se encontraban las pacientes que habían tenido una labor de parto adecuada, sin complicaciones, y que no presentaban alguna alteración emocional, al menos descrita por el médico, y que por lo tanto contaban con una atención destinada a su recuperación física; tenían a su bebé entre los brazos, mostraban tranquilidad y esperaban el momento para poder salir del hospital e ir a casa.

Si bien es cierto que por las características del hospital y el tiempo destinado, así como el número de pacientes para su atención resultaba complicado hacer una visita a todas y cada una de las pacientes, de nuestro recorrido por ésta área, podemos decir:

Eran pacientes que no mostraban incertidumbre, ni asombro al hacerles saber que era una visita de carácter psicológico. Como ya se dijo la exploración consistía en un interrogatorio para conocer pensamientos e ideas, situación familiar, económica y laboral y que si bien encontramos que en la mayoría de los casos provenían de familias marginadas, contaban con el apoyo de una pareja,

casadas, con ingresos fijos, con lo cual sus expectativas y proyectos de vida eran acordes a su estilo de vida.

Una vez haciendo esta evaluación y no encontrando alteraciones graves y al menos que ellas lo desearan, nuestra labor terminaba retroalimentando sus ideas y expectativas para afrontar el futuro, la labor de consejería y orientación fue la principal herramienta. El trabajo consistió en:

- a) Una vez evaluado su nivel de vida, aterrizar en las posibilidades de realización de expectativas: cuidados, tipo de educación para el recién nacido.
- b) Papel de la madre: el hogar, profesional, laboral.
- c) Papel del padre: responsabilidad de cuidados, situación laboral.
- d) Ambiente: limpieza, riesgos, etc.

Estos aspectos eran tratados en 30 minutos aproximadamente. El tiempo era clave para poder atender otras pacientes; ellas se mostraban interesadas, plantearon sus dudas, y resaltaron también sus logros como esposas y madres.

En otro extremo, se encontraban las pacientes con problemas de salud que presentaban un diagnóstico médico como: post – lui (aborto), muerte del producto, embarazo de alto riesgo entre otros. Aquí las necesidades de atención eran mayores. De un total de 75 pacientes atendidas, el 70 % eran de un nivel económico bajo y sin estabilidad familiar. Con referencia al diagnóstico médico:

1. Valorábamos su problema.
2. Cumplíamos la labor de acompañamiento, siendo el primer contacto, a parte del médico y con el cual podían hablar.
3. Propuesta del inicio de un proceso terapéutico.

La situación económica en estas pacientes venía a repercutir más en su estabilidad, ya que en la mayoría su pareja no contaba con trabajos fijos y bien remunerados (albañiles, chóferes u obreros). Hablamos de que eran pacientes en donde no existía un proyecto de vida propio, dejaban a la pareja la responsabilidad de resolver la situación económica que se veía mermada al vivir en poblaciones marginadas o suburbanas alejadas del hospital donde no contaban con servicios básicos como transporte, agua y viviendas adecuadas; por lo que el hacinamiento era común, repercutiendo en una falta de limpieza y buena alimentación.

La falta de educación fue muy frecuente tanto de las pacientes como en sus parejas por lo que no existía un proyecto de vida conjunto. En algunos casos por falta de información y bajo nivel de comprensión, hizo que la paciente no se diera cuenta de la situación y el problema al que se enfrentaba cuando era el caso de partos prematuros, en donde el producto nacía con alguna deficiencia que repercutiría en su desarrollo. Fueron 75 los casos atendidos como se muestra en la tabla 1.

Unión Libre	40	Edades que oscilaban entre los 18 y 40 años.
Adolescentes	13	Edades de entre 13 y 17 años. En la mitad de los casos vivían en unión libre.
Solteras	10	Edades que oscilaban entre los 18 y 35 años.
Casadas	12	
Total	75	

Tabla 1. Número de pacientes atendidas en el período de un año en el área de gineco-obstetricia con problemas severos de depresión principalmente debido a la falta de estabilidad familiar y el apoyo de una pareja, aunado a problemas económicos.

En el 80% de los casos se encontraban alejadas de su núcleo familiar ya que venían de provincia, por lo que no contaban con un apoyo por parte de la familia, presentando éstas los principales casos de una depresión severa que viene a repercutir en el proceso de parto como muestra la tabla 2.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Abortos	36	Inducidos, legrados, espontáneo.
Problemas de Salud	15	Nacían con problemas de peso, respiratorios, de desarrollo o malformaciones.
Partos Prematuros	13	Que se encontraban en perinatología para su cuidado.
Muerte del Producto	8	Niños que a término nacían muertos o morían en las primeras horas.
Total	72	Los 3 casos restantes correspondían a problemas ajenos a un parto.

Tabla 2. Las pacientes con problemáticas personales no cuentan con las herramientas y los medios para afrontar la pérdida o la angustia que genera un recién nacido enfermo o prematuro, repercutiendo en su estado de salud. 72 fueron los casos, los 3 restantes aunque presentaban depresión no era debido a problemas de parto.

Como menciona López (1994), encontramos en estos casos severos problemas en la vida personal de las pacientes, tanto de personalidad así como de factores externos (sociales, económicos, etc.), que vienen a repercutir en estados graves de depresión a: la pérdida del bebé, la angustia de que éste se encuentra en perinatología esperando a que reaccione o por la incertidumbre del futuro si no se tienen las herramientas y los medios para afrontarlos.

Es por ello importante la labor de asistencia psicológica que permitió hacer frente a estas situaciones en el momento de la hospitalización, más no así semanas después del parto, ya que no se pudo evaluar, apreciar y aconsejar acerca del desarrollo y educación maternal y paliar las dificultades que pudieran presentarse. Existen en el hospital diversas áreas encargadas de dar este tipo de servicios (lactancia materna y pediatría, entre otras), pero queda muy lejos todavía un seguimiento real de los trastornos psicológicos que conlleva un parto y con las características y problemáticas de la población atendida es aún más complicado. Cabe decir que durante nuestra estancia y habiendo hecho las recomendaciones y remitido a las pacientes al servicio de psicología que presta el hospital, ninguna paciente acudió a la invitación para seguir con tratamiento terapéutico posterior.

Aquí habría que conocer los motivos reales de la falta de interés por no acudir al servicio, conocemos ya que es en parte el desconocimiento de la profesión, la falta de difusión y la concepción errónea del trabajo del psicólogo. Al

presentarnos con las pacientes y una vez que se les informaba del servicio que prestábamos como parte integral de la atención que proporciona el hospital y en beneficio de la salud física y mental, observamos por parte de la población una resistencia al tratamiento en cuestiones psicológicas.

Para el caso del área de urgencias en donde en algún momento pudimos tener acercamiento con los pacientes, es más notorio lo antes mencionado; ante un estado de shock causado por una fuerte impresión, un accidente, la recaída de una enfermedad, etc., lo importante es aliviar el dolor físico que esto produce, la atención psicológica que se realizó bajo los mismos lineamientos haciendo frente al momento estresante del malestar, desafortunadamente queda solamente ahí, ya que no existió en ningún caso la posibilidad de seguir atendiendo a un paciente atendido ahí, es decir, una vez superado el dolor físico, lo demás se minimiza.

Es poco lo que podemos dar cuenta de ésta área, sólo en tres ocasiones fuimos solicitados:

1. El caso de una niña de 12 años que mediante una platica que tenía como fin alejar ideas y temores de un asalto que sufrió junto con su padre, ayudo a mitigar en su persona dolores de cabeza, desmayos y el temor a salir a la calle. Aunque se le proporcionó una cita y la invitación a seguir con el tratamiento no acudió.
2. Una madre que se mantenía en constante angustia por una hija enferma picada por una víbora haciendo labor de orientación e información acerca de los cuidados que se le proporcionaban a su enferma. No requirió mayor atención.
3. Una adolescente que presentaba dolor abdominal sin sustento físico o biológico una vez hechos los análisis médicos pertinentes. El principal problema respondía a la necesidad manifiesta de atención y debido a que su madre había muerto. Mediante terapia

cognitivo - conductual, se confrontó al paciente acerca del problema principal, en este caso, como poder expresar sus sentimientos mediante la palabra y no recurrir al lenguaje del cuerpo. Respondió adecuadamente y así lo afirmó su padre en una segunda visita, no volvió a la siguiente cita.

3.2.2. Consulta Externa (Clínica del Adolescente)

Nuestra incorporación se centró en dar apoyo a la Clínica del Adolescente, donde la principal función como psicólogo es el trabajo terapéutico. Aquí la asesoría, la orientación, y el trabajo en grupos formaron parte de nuestro quehacer cotidiano.

Aquí se brinda atención destinada a prevenir y tratar riesgos en cuanto a salud reproductiva; orientación y asesoría a los futuros padres. Salud de niños y adolescentes integrando patrones adecuados de crianza, información acerca de los recursos disponibles en el hospital como son el banco de leche, displasias, salud mental.

La Clínica del Adolescente tiene funciones específicas coordinadas por lo Doctora Blanca Calderón como son Pediatría que consta con dos consultorios. En estos se da seguimiento al recién nacido, vacunación, y valoración médica. Es la encargada de dar asesoría y orientación a padres antes, durante y después del parto respecto a cuidados maternos y lactancia, cuenta para esto con un aula de servicios múltiples en la cual se dan pláticas y talleres destinados al cuidado de los niños. El Programa Mamá Canguro se encarga del desarrollo óptimo del recién nacido el cual cuenta con su propio cubículo.

Para la atención psicológica dentro de ésta área, se cuenta con un cubículo, que viene a formar parte de la atención integral en materia de salud reproductiva,

niños y adolescentes. De igual forma estaba abierta a la población en general. Las problemáticas más comunes fueron: adicciones, desintegración familiar, problemas de conducta, de ansiedad, adaptación e integración, violencia intrafamiliar, entre otras.

El trabajo no sólo se centró en adolescentes, se atendió también a niños y adultos. La mecánica para la atención de estos casos se lleva a cabo según las políticas de la Institución, mediante fichas y/o sacando citas, ya sea de manera directa para éste servicio o porque son remitidos por algún médico para su valoración y como parte de un tratamiento general.

Para el caso de los adolescentes, es una atención especial ya que representa un proyecto alternativo del hospital para la prevención de conductas de riesgo que alteren la salud y el desarrollo de éstos; es una atención que incluye exámenes médicos, estudios socioeconómicos y psicológicos. En nuestro caso una vez haciendo la valoración y teniendo un diagnóstico se le proponía al paciente entrar en un proceso psicoterapéutico.

Como vemos, se disponía de un amplio grupo de trabajo. Se contaba con cinco psicólogos por lo cual las diversas tareas se repartían por días; de ésta forma y de manera aleatoria, tres de estos atendían un día en el consultorio en consulta externa y Clínica del Adolescente y otro día en otras áreas del hospital como gineco - obstetricia.

3.2.2.1. Aspectos Metodológicos y de Intervención

Las sesiones terapéuticas se llevaron a cabo siguiendo los lineamientos de terapia breve propuesta por Bellak (1983), esto debido al aumento de la población, y que en este tipo de instituciones no se puede mantener a los pacientes durante periodos largos.

La Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencias (PBIU), se enfoca a los rasgos cruciales del trastorno que se presenta, selecciona los síntomas principales y más perturbadores. Partiendo de un modelo de salud más acorde a nuestra formación con una perspectiva cognitivo conductual es que se llevó a cabo el apoyo terapéutico realizando un análisis funcional del comportamiento de interés. Este modelo también es utilizado por Bellak en PBIU y es una aproximación activa y de corta duración.

El modelo cognoscitivo de la psicopatología es el del procesamiento de información. De acuerdo con el modelo cognoscitivo, creencias fundamentales o básicas, actitudes y suposiciones acerca de sí mismo y del mundo, guían la percepción, interpretación y memoria de la persona acerca de los sucesos que experimenta. Estas creencias se derivan de las experiencias pasadas y pueden o no, estar sujetas a una inspección consciente por parte del individuo. Bajo esta perspectiva y como un aspecto importante, se busca establecer la continuidad entre los síntomas, conflictos o defectos estableciendo una causalidad entre el pasado y el presente y sus conexiones, permite una comprensión del paciente en términos de su historia.

De igual forma considerando que como personas nos desarrollamos en un entorno biológico-social-étnico-familiar, el grado en el cual la conducta se aprende se debe a factores de experiencia; aprendemos a enfrentar los problemas, a comportarnos ante ciertas situaciones, y del éxito o fracaso en estas también aprendemos a tener miedo, formas de comportamiento inadecuadas o no aceptadas, y mediante la terapia se pretende aprender o reaprender formas y modelos de conducta acorde al medio social, cultural y familiar en el que nos movemos.

Con ésta perspectiva se considera que cinco o seis sesiones son pertinentes y dada la cultura, economía y la no demanda de un tratamiento psicológico, la población tiende a no permanecer mucho en este proceso.

Ahora bien, las sesiones terapéuticas se realizaron en base a las necesidades propias del paciente y de la institución tomando como referencia la PBIU, de donde el trabajo terapéutico se dividía principalmente en 6 sesiones:

1ª Sesión inicial; entrevista y recolección de datos centrándose en el problema principal reportado por el paciente, conocer su historia y la del problema. Fomentar la alianza terapéutica y el contrato para posteriores sesiones así como la planificación del tratamiento y plan de acción familiarizando al paciente con el mismo.

2ª Sesión; una exploración más profunda del problema e historia. Identificación de pensamientos y habilidades del paciente.

3ª Sesión; empezar a ayudar al paciente al dominio de habilidades cognoscitivas y conductuales.

4ª Sesión; dar al paciente mayor responsabilidad del tratamiento.

5ª Sesión; preparar la terminación y enfocarse en como prevenir recaídas.

6ª Sesión; revisar metas obtenidas, examinar creencias y sentimientos del paciente acerca de dejar el tratamiento. Hacer arreglos para sesiones de refuerzo o seguimiento.

Para tal motivo se programaba una sesión un mes después de la última visita para el seguimiento y dar una evaluación. Esto era para pacientes de la Clínica del Adolescente o de consulta externa que solicitaban el servicio. Estas sesiones se realizaban con una duración de 50 minutos una vez a la semana en el horario que comprendía de 08:00 a.m. a 14:00 p.m.

Es importante considerar que la PBIU, tiene sus indicaciones y méritos propios. Es un modelo educativo que pretende establecer una colaboración entre terapeuta y paciente. Además de ayudar al paciente a modificar sus creencias disfuncionales y de conducta, sirve como modelo para hacer frente a situaciones futuras. Se debe entender que es un trabajo valioso y no sólo se están tomando medidas momentáneas.

La PBIU puede aplicarse para prevención primaria en una gran variedad de circunstancias cuando se encuentran las personas psicológicamente en riesgo. Por otra parte, en la prevención secundaria, se puede emplear en pacientes en estados agudos, pues se pueden detener antes de convertirse en estados más graves y crónicos. La prevención terciaria tiene que ver con el alivio o salud de estados crónicos del paciente.

Mediante esta forma de trabajo se intervino con los pacientes de la Clínica del Adolescente. Paralelamente y como apoyo a Pediatría se atendió a niños y adolescentes a partir de los 5 años de edad. Dadas las características de estos pacientes la actitud fue actuar de una forma dinámica junto con familiares con el objetivo de cambiar toda la estructura adaptativa de manera favorable. En sesiones de terapia familiar (aunque no siempre fue posible contar con todos los integrantes), pudimos atender diversas necesidades:

1. *Problemas de Conducta*; principalmente adolescentes que no sabían cómo enfrentarse a nuevas situaciones propias de la edad, por ejemplo: el cambio de un ambiente escolar por otro (la transición de un ambiente regido por normas como la secundaria, a un ambiente más libre como es el bachillerato). La influencia de amigos, los medios y adopción de estilos de vida que sobrepasan las propias características y la forma de afrontarlos adecuadamente y con responsabilidad. El choque generacional entre padres e hijos, etc.

2. *Desintegración familiar*; Lo anterior traía como consecuencia el distanciamiento familiar y consecuentemente la presencia de cierta depresión, con el deseo inherente de que la familia volviera a unirse. Parte importante era entonces la unificación de criterios, estilos y pautas de comportamiento surgidos de un consenso general y con el propósito de lograr una nueva adaptación.
3. *Abuso físico y sexual*; era común encontrarse con adolescentes que atendiendo a una demanda de inadaptación o problemas de conducta, saliera a la luz historias de vida acompañadas por abuso sexual en la infancia, maltrato físico y emocional por parte de los padres o personas allegadas a estos. De igual forma en personas adultas con historias de vida similares y que se reflejaban en el trato actual con parejas, hijos y estados de ánimo, que repercutían en trastornos disfuncionales afectando a toda la familia.
4. *Adicciones*. Paralelamente se encontraron asociadas a muchos de los problemas ya antes mencionados. Tenemos que reconocer que nuestra labor se limitaba dentro del orden familiar e individual al reordenamiento de pautas y comportamientos acordes a su estilo de vida.
5. *Problemas de pareja*. Era común que estos problemas repercutieran en la relación de los cónyuges afectados directa o indirectamente. La solución de problemas y la forma hacerles frente fue la principal demanda.
6. *Pérdidas*; Por otra parte, era constante la pérdida de seres queridos o situaciones estables y que como consecuencia generaban estados de depresión y/o de angustia. Las más comunes fueron: la pérdida del trabajo, de un familiar o el temor a la posible pérdida de la pareja, teniendo que afrontarlo y hacer un reajuste en su entorno.

También se atendieron a pacientes con trastornos somatoformes o psicossomáticos tanto de personas jóvenes y adultas utilizando los mismos lineamientos. Fueron aproximadamente 30 los pacientes atendidos durante este período.

De estos, 14 mantuvieron una continuidad en el tratamiento, logrando avances significativos que eran valorados no sólo por ellos mismos sino por sus familiares. Hablamos principalmente de adolescentes que se pudieron integrar de una forma más adecuada a su escuela y con su familia.

Cuatro casos que no se consideraban severos y que la queja principal fue como responder ante situaciones de ira y coraje contra algún familiar. Hablamos de casos en los que la actitud del padre era rígida para con la esposa y los hijos.

Los últimos 12 casos en los que se pudo trabajar hasta tres sesiones, el paciente desertó al tratamiento. Cabe destacar que fueron casos en los que la ansiedad y depresión eran más severos. Llegaba un momento en el que se tenían que tratar situaciones personales y familiares que de alguna forma afectaban o afectaron su comportamiento (abuso sexual, violencia, pérdida), y que el paciente no pudo o no quiso atreverse a hablar, no regresando a las siguientes sesiones. Hubo casos que los remitieron para su valoración pero no regresaron.

Esta fue la principal actividad que realicé dentro de la institución, que en principio es parte esencial de la formación como psicólogo en el área clínica.

Por otro lado, y en colaboración con personal médico y demás psicólogos se cumplieron tareas de promoción de la salud. Se llevaron a cabo actividades como: talleres dentro de la institución dirigida a poblaciones con problemas específicos como la diabetes. Principalmente eran talleres de reflexión, vivenciales encaminados a modificar hábitos y pautas de comportamiento que permitiesen una mayor calidad de vida.

La institución también cumple el papel de fomentar y prevenir la salud fuera de sus instalaciones, para tal efecto colabora con otras instituciones como la S.E.P. impartiendo cursos y platicas para la prevención de adicciones, calidad de vida, género, etc. Donde el psicólogo forma parte activa como asesor y difusor al impartir platicas.

El haberse insertado en el campo real de trabajo no nos aleja de la continua capacitación y conocimientos con respecto al área. Se realizaron sesiones semanales con el fin de dar a conocer los avances en el trabajo terapéutico, conocer dificultades, planear actividades y recibir asesoramiento y supervisión del trabajo clínico. Estas se realizaban entre el grupo de psicólogos los cuales en un principio sobrepasaban a la decena y que cumplían tanto trabajo clínico como de promoción. Y nuestra asesora y supervisora así como la doctora encargada de la Clínica del Adolescente tomaba parte de algunas de estas sesiones por ser la coordinadora del área médica descrita.

CAPITULO 4. PROPUESTAS

Los avances científicos a lo largo de la historia han cambiado y marcado el destino de la humanidad, poniendo en peligro actualmente el futuro de la misma, al agotar los recursos naturales y degradar el medio ambiente.

Si bien los avances son en pro de un mejor conocimiento y la búsqueda de la verdad, los cambios han sido tan bruscos, - más en el último siglo - que la adaptación del hombre no ha sido capaz de alcanzarla dañando así su salud y alterando la vida. Grau y Gonzáles (1998), ven a la par con esta revolución científica-técnica, un cambio igual en las consideraciones ético-morales en relación con la salud.

Actualmente el hombre está expuesto a los peligros de la vida industrial, el precio que está pagando es por una parte la disminución de la incidencia de ciertas enfermedades como la tuberculosis, fiebre tifoidea, mortalidad infantil, pero un aumento en las enfermedades de carácter crónico y el surgimiento de otras como es el caso de la bulimia y anorexia, llegando a crear una desorientación en la medicina, buscándose las causas hereditarias sin que se pudiese dar respuesta a ello. De esta forma se valora más la dependencia de la salud y el bienestar humano aunados a una mejor calidad de vida (Grau y Gonzáles, 1998; Leal, 2002).

Es así como a éste nuevo enfoque de la salud se integra el aporte de las ciencias sociales y de la salud (la psicología entre ellas). De esto se desprende que la protección de la salud y de la vida ya no se centra únicamente en la lucha contra los microbios y los desastres naturales.

Lo anterior viene a repercutir en uno de los dilemas actuales y que más se plantean en la literatura: el de Calidad de Vida. Es importante disponer de una moderna y eficaz unidad hospitalaria, accesible para la mayoría de las personas, como suministrar información a pacientes y familiares, o una autonomía tal para sus decisiones que permita delimitar los beneficios de dicha terapia, su concepción existencial y su sentido de la vida.

Es importante la educación para la protección de la salud, así como para la protección del medio, y en particular, la educación para la formación de un estilo de vida saludable; adaptando comportamientos protectores de salud que favorezcan la prevención de enfermedades para lograr una buena calidad de vida. Un enorme desafío para las ciencias sociales y en especial para la psicología. Es que independientemente de los contenidos de la enseñanza que se necesita dar a las personas para proteger su salud, su calidad de vida, su bienestar y felicidad, es el propio proceso de aprendizaje, la motivación para aprender y adoptar precauciones para ejecutar una conducta y el sentido para priorizarla, es como se han constituido objetivos de trabajo del psicólogo.

Debo hacer mención que si bien se dice que el médico ha utilizado por siempre la psicología en su práctica e incluso es parte de su enseñanza, y de la cual en conjunción se han tenido grandes avances y descubrimientos para el tratamiento de diversas enfermedades, es cierto también que en la práctica real se ha utilizado más en su acepción popular. Se considera a los médicos con habilidades de psicólogos cuando escuchan las quejas del paciente, ayudándolo, en el interrogatorio, y los que saben conducir su examen somático de modo que las reacciones patológicas no fueran encubiertas por actitudes defensivas. Pero en general el médico llega a fungir como un buen psicólogo a través de años de experiencia clínica, desarrollando intuitivamente una especie de psicología propia o empírica, sin que para ello pueda realmente conducir un tratamiento a fondo o realizar todas las funciones de un psicólogo. Sin embargo sigue cumpliendo su función y de la cual no puede ser remplazado: la de curar enfermos.

De esta forma consideramos que su labor es insuficiente si sólo luchan contra la enfermedad; el apoyo integral, hablando de los aspectos emocionales suelen quedar fuera o ampliamente descuidados.

Algo de lo que podemos dar cuenta en términos generales, es que el médico margina a la psicología y sólo la admite como una ayuda extra. Al hacer una revisión histórica, hemos visto como el médico ha sido y sigue siendo considerado como un hombre de prestigio y de autoridad. Asume una gran carga al disponer de un poder que en ocasiones ni él sospecha. Hay pacientes que acuden a la consulta médica desconociendo el origen psicológico de sus males, pero hay otros que conocen la causa de su padecimiento, y en ambos casos imponen al médico la obligación de atender estos aspectos para cumplir adecuadamente con su tarea terapéutica. De esta forma el médico viene a ser una autoridad que el propio enfermo ve y en la cual deposita toda su esperanza para desaparecer sus malestares.

En principio como ya vimos cumple con su papel de curar la enfermedad, es autoridad y como tal se le sigue. Pero los avances en la ciencia como ya hicimos mención, nos debe conducir a intervenir profesionalmente con una nueva forma ética y moral de concebir al paciente; es prioridad una atención más humanizada en donde el enfermo forme parte en la toma de decisiones que permita delimitar los beneficios de su tratamiento. El enfermo de nuestros días impone nuevas exigencias como consecuencia de nuevos programas de salud y la conciencia popular de sus derechos a la misma, y paradójicamente la compleja organización que se requiere para atender sus demandas se ha burocratizado haciendo que el enfermo se sienta menos atendido, perdiendo el responsable de atender a la salud su papel de autoridad. Además del debilitamiento de la vida familiar propio de las condiciones de vida del mundo moderno. La falta de apoyo, solidez y autoridad que podía encontrar el enfermo en la familia tradicional, exige que las instituciones médicas y el equipo de salud se encuentren preparados para reemplazar aquellas estructuras y responder a las demandas de solidaridad afectiva requeridas por el

paciente. Es así que "un principio básico de moralidad que debemos tener presente es que las personas son sujetos responsables, que tienen una conciencia y que tienen que suponer que los demás también la tienen. Por ser racional y tener conciencia moral, el ser humano tiene dignidad y derecho a ser tratado como tal y no como objeto; son fines en sí mismos y, por tanto merecen consideración y respeto" (Gómez y Ojeda; citado en: Grau y González, 1998).

Por otro lado el burocratismo hospitalario impide un tratamiento prolongado el cual el médico no puede llevar a cabo por cuestiones administrativas de productividad, aunado a la mala imagen de la deshumanizada atención hospitalaria y problemas de espacio y demandas del mismo por otros pacientes.

Se debe entonces contemplar la asistencia psicológica ya no como apoyo externo o extra, sino como práctica real y necesaria, la cual no queda exenta de la replantación de los valores éticos y morales.

Si bien la psicología de la salud permite concebir el trabajo del psicólogo en los diferentes niveles de atención, es importante concebirla en primera instancia en la prevención y promoción de la salud, donde se pondrá de manifiesto el papel del psicólogo en el proceso de salud y la enfermedad. Es en la educación y en la cultura que se puede desarrollar en la población lo que hará que los índices de enfermedades disminuyan. Paralelamente la psicología como ciencia y como profesión, no sólo tendrá que adentrarse en la prevención primaria sino al tratamiento de estados de salud ya presentes para mantenerlos y si es necesario para su rehabilitación y recuperación, así como en los estados crónicos de salud que requieren todo un reaprendizaje para una adaptación saludable.

Sin embargo, esto no es tarea fácil, la muestra esta en que es poco conocida la labor del psicólogo en los hospitales. La formación del psicólogo, es por tradición (o al menos así se aprecia), el trabajo clínico, formación que permite tener las herramientas en la modificación, formación y cambio de hábitos en

poblaciones e individuos en riesgo para de esa forma mejorar su estilo de vida hacia una mejor calidad. Pero para la psicología de la salud también es importante el concebir y conocer a la enfermedad desde el aspecto biológico.

Esto implica una concepción diferente a la cual nos tenemos que enfrentar, no basta que como psicólogos entendamos y alcemos la bandera del trato humano hacia aquel que pide y demanda ayuda, el trato recíproco, el tomar en cuenta al otro, la relación humano – humano que tanto demanda la época actual. En un artículo publicado por la Universidad Veracruzana y del cual ya hemos hecho mención, Grau y González (1998), en ese recuento de los cambios en la historia que repercuten en el estilo de vida, implica un cambio y forma de ver la salud que como ya vimos engloba los aspectos éticos. No podemos concebir de esta forma la psicología de la salud sin adentrarnos en todo lo que esto engloba, no todo es psicología, así como también ya vimos que no todo es biológico. Pretendemos que el médico se interese por nuestro trabajo de forma que considere los aspectos psicológicos, de igual forma el psicólogo tendrá que conocer e interesarse por los otros aspectos de la enfermedad con el fin de lograr un trabajo multidisciplinario.

Se dice que la ética de la biología y de la medicina no es un asunto que atañe sólo a los médicos y los biólogos, sino a todos los ciudadanos, aún cuando determinados problemas adquieran más relevancia en determinadas profesiones.

En la bioética la cual es definida como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto a que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales (Gómez y Ojeda; citado en: Grau y González, 1998), se han establecido cuatro principios divididos en dos niveles, que intentan dotar de contenido material al principio formal de igual consideración y respeto:

Primer Nivel: no maleficencia, justicia.

Segundo Nivel: autonomía, beneficencia.

El principio de no maleficencia prohíbe hacer el mal; "*Primum non nocere*", decía Hipócrates. El principio de justicia obliga a la no discriminación, a la no segregación, y hace reconocer que todos los seres humanos merecen idéntica consideración y respeto. Estos dos principios se caracterizan por la equidad y el acceso a todos los ciudadanos.

El principio de autonomía propugna que cada uno de nosotros somos sujetos morales autónomos, capaces de construir nuestro propio proyecto de vida como proyecto de perfección y felicidad. Las decisiones del enfermo o del usuario de los servicios de salud deben ser respetadas y consideradas de acuerdo con el mismo. Por el principio de beneficencia se pueden realizar determinadas acciones que se consideren buenas, sin obligatoriedad; es éste un principio importante en el campo de la salud porque, aunque se reconoce que se debe ser amable, cortés y afectuoso con el paciente y sus familiares, es éste un "derecho" del paciente y no se ha constituido como un "deber" en los códigos de los profesionales de la salud.

Hoy en día crecen los temas en el campo de la salud que plantean problemas morales y éticos como consecuencia del desarrollo tecnológico:

- a) De tecnología reproductiva. Inseminación artificial, fecundación in vitro, aborto, clonación e ingeniería genética.
- b) De experimentación humana. Investigación sobre fetos, reclusos, deficientes mentales, desahuciados.
- c) De control de comportamiento. Psicópatas, asociales, terroristas.
- d) De interés sanitarista. Asignación de recursos económicos.
- e) De la muerte. Eutanasia del incurable o del deficiente mental, transplante de órganos.
- f) De control de población. Política de incentivos o represión.

- g) De armas biológicas.
- h) De la pena de muerte.

A esta lista se anexan lo relacionado con los enfermos terminales, el consentimiento informado, el derecho a conocer la verdad, la nutrición artificial entre otros. Y se añade un problema más en el campo de la salud, producto del desbordante desarrollo de los conocimientos: el de los límites del poder del profesional de la salud. Ha surgido una nueva obligación, el hacer un buen uso de estos avances, dando prioridad a sus efectos favorables y limitando sus efectos perversos. Es importante una valoración de nuestra actividad, ética y valores para estar acordes a las nuevas necesidades de cambio y atención, que tanto se puede hacer o que tanto se debe hacer.

Por otro lado, ¿hasta donde nuestra formación nos permite integrarnos de manera adecuada a las instituciones de salud? Si algo es cierto, es que faltan muchos puntos por cubrir, y de hecho no es muy mencionada o tratada en los contenidos curriculares de la hoy F.E.S. Iztacala.

Es importante considerar para nuestra formación aspectos éticos actuales y planes curriculares destinados a la formación de profesionales que puedan hacer frente a las necesidades de salud en poblaciones de asistencia social e instituciones hospitalarias.

A la fecha existen universidades destinadas o que incluyen en sus programas la formación de psicólogos de la salud pero sólo como una especialización y a nivel maestría o doctorados. El Centro de Estudios Universitarios XOCHICALCO (CEUX) en Baja California, o la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), y que contemplan en sus planes de estudio:

- Considerar a la persona como una entidad Bio-Psicosocial y ambiental y con el objeto de tener una visión integral de su comportamiento, se prevé

necesario adquirir una mejor preparación en cada una de estas áreas para optimizar los procedimientos que permitan el trabajo interdisciplinario que aplicado al individuo, facilite la recuperación de su salud.

- Programas para el mantenimiento y promoción de la salud y la prevención de enfermedades y daños físicos traumáticos.
- La implementación de acciones terapéuticas para los trastornos afectivos, de ansiedad y psicofisiológicos (complementarios al de tipo médico) de algunos procesos de enfermedad que reconocen factores psicológicos coocasionales o mediadores, e intervenciones paliativas para las dolencias crónicas.
- La aplicación de programas de apoyo psicosocial que reduzcan las consecuencias individuales, interpersonales, laborales y económicas de procesos de enfermedad o daños traumáticos.

El interés es formar profesionistas capaces de:

- Conocer y manejar eficiente y científicamente los métodos y técnicas encaminados a la restauración y promoción de la salud integral.
- Integrar conceptos, observación y mantenimiento de la unidad Biopsicosocial y ambiental del individuo.
- Profundizar en el conocimiento de los aspectos Biológicos que influyen en la conducta.
- Desarrollar actividades en equipos interdisciplinarios para proporcionar una atención integral satisfactoria de la persona.

- Realizar investigación Psicosocial y actividades docentes en las áreas mencionadas.

Estos programas, teoría y práctica, de la asignatura de Psicología de la Salud y del Bienestar Social tiene como objetivos fundamentales:

- a) Enseñar los aspectos psicológicos que influyen los estados de salud y enfermedad, la calidad de vida y el bienestar.
- b) Enseñar cuáles son los hábitos comportamentales y estilos de vida que sirven para promover y mantener la salud y bienestar, así como prevenir los trastornos de la misma. Cómo se adquieren y mantienen dichos hábitos y las intervenciones que se han de llevar a cabo para instaurarlos.
- c) Enseñar los aspectos psicosociales presentes en problemas y trastornos de salud, delimitando cuáles son las variables o factores psicológicos implicados, los objetivos de la intervención, los tratamientos psicológicos y la aplicación dentro de equipos multidisciplinares, así como la evaluación de su eficacia en términos de costo / beneficio.

Para el cumplimiento de estos objetivos se han dividido programas en tres principales bloques:

1. Fundamentos. Bases teóricas y empíricas de la Psicología de la Salud, en el que se exponen la caracterización del campo de la psicología de la salud, el modelo bio-psicosocial y los factores de estrés, variables de personalidad, psiconeuroinmunología, así como estrategias de investigación epidemiológicas.

2. Promoción, mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad, en el que se exponen aspectos de educación para la salud y programas de prevención, adquisición y mantenimiento de hábitos de nutrición y ejercicio físico, control de estrés, mejora del apoyo social y eliminación de conductas adictivas como el tabaquismo.

3. Intervención psicológica en enfermedades y trastornos de la salud; en este apartado se recogen aspectos psicosociales de distintos tipos de trastornos específicos, con el objetivo de que el alumno conozca los problemas que han de ser objeto de la intervención psicológica. En cada uno de dichos trastornos se partirá de un modelo explicativo que orienta la intervención, se expondrán con ejemplos prácticos las estrategias de intervención, cómo se han de aplicar dichos programas en un contexto interdisciplinar y la evaluación de su eficacia.

Lo anterior a manera de ejemplo y ver como éste plan de estudios es amplio y abarca infinidad de aspectos que sobrepasan a nuestra formación a nivel licenciatura de la carrera de psicología como son y que podemos tomar en cuenta:

- Psicología de la Salud.
- Metodología e Investigación Aplicada.
- Evaluación Clínica en Psicología de la Salud.
- Trastornos Psicofisiológicos.
- Promoción de la Salud y Educación para la Salud.
- Trastornos Afectivos.
- Trastornos de Ansiedad.
- Aplicaciones Clínicas de la Retroinformación Biológicas.
- Fisiopatología de Sistemas.
- Trastornos Adictivos.
- Acción Comunitaria y Salud.

- Salud Familiar y Trabajo Anticipatorio en Salud.
- Salud Ocupacional.
- Marginalidad y Pobreza.
- Psico-oncología.
- Bases Celulares de la conducta.
- Bases Bioquímicas de la Conducta.
- Biorretroalimentación.
- Intervención en Crisis.

Requiere como vemos una alta especialización sin embargo el compromiso del psicólogo egresado de la licenciatura y con el interés de ingresar en este campo, debe conocer de todo esto ya sea por su propia cuenta, aunque tal vez no sea la mejor forma, o buscar en otros medios que permitan tener la formación además de contar con las herramientas adquiridas a lo largo de la carrera.

Así pues los aspectos antes mencionados en cuanto a temas a abordar dentro de Psicología de la salud son extensos; a diferencia de otras facultados o universidades como la Universidad Autónoma Metropolitana o la propia Facultad de Psicología en C. U. muestran dentro de sus planes de estudio, áreas u opciones alternativas a seguir como parte de la formación de sus egresados.

En la F.E.S. Iztacala, existen propuestas a seguir dentro del área de Psicología Aplicada en donde como parte del programa de la formación del psicólogo en la práctica y en escenarios reales, la posibilidad de acercarse a la psicología de la salud como fue mi caso. Sin embargo los materiales, tiempo y programas no son lo suficiente para poder ingresar en ésta área y cubrir adecuadamente las necesidades. Sería importante considerar, si bien como alternativa, y algunas otras, la Psicología de la Salud. No es fácil poder especificar el tiempo destinado a esta formación, se tendría que plantear la necesidad de estas áreas optativas lo que implicaría un reordenamiento del plan curricular en Iztacala, no un cambio, ya que la formación inicial y a la cual tuve acceso me

permitió desenvolverme no sin antes prepararme de forma tal que hubiera una conexión, entre el personal con el que se laboró, las necesidades específicas de los pacientes y las características de la institución.

Se requiere conocer acerca del componente biológico de las enfermedades y considerar otras formas de evaluación como los manuales de diagnóstico (DSM – IV, CIE – 10) que viendo a la psicología desde esta perspectiva hospitalaria son indispensables. Se cuenta con las bases, el comportamiento, la capacidad de análisis, síntesis, investigación y que a decir verdad, los aspectos aquí mencionados adecuados para poder llevar a cabo una práctica adecuada en el campo de la salud, son nuevos, es en el transcurso de la realización de este trabajo que nos damos cuenta de nuestra limitada formación teórica – práctica, pero los resultados al final resultaron satisfactorios.

CAPITULO 5. CONCLUSIONES

Lo aquí expuesto no es más que una pequeña parte del vasto mundo de la psicología, pero también creo que es una de las menos explotadas, ya que el trabajo realizado fue bastante amplio. Los avances e investigaciones en psicología de la salud permiten ver que tiene un lugar dentro de las Instituciones de Salud. Existen dentro de estas instituciones un gran despliegue de tecnología y personal calificado para la atención de la salud; pero, no en el número que pueda satisfacer las necesidades de una población tan amplia como la nuestra con una infinidad de problemas de salud de gran magnitud y en donde no se concibe todavía a la psicología como parte importante del equipo de salud.

Existe la demanda y está presente la necesidad de una atención integral en donde el psicólogo cubra las necesidades propias de su disciplina, ya que hasta el momento es el médico el que continua haciendo frente a los problemas de conducta y trastornos emocionales. La salud en general que en épocas pasadas era reservado exclusivamente al dominio de la medicina, ahora es indudable que tienen que participar las disciplinas sociales y psicológicas a coadyuvar en los problemas de salud en México.

La salud es un fenómeno que se manifiesta de tan diversas formas que no podemos decir que la psicología es el faltante que viene a contribuir en este proceso y creer que la lucha contra los malestares que aquejan al hombre están resueltos, pero lo mismo podemos decir de las otras áreas encargadas de atender a la salud pero que son importantes todas y cada una en los aportes que hacen para atenderla. Nos hace falta resaltar entonces la importancia de la psicología no sólo para la atención de trastornos mentales sino también en la atención de

diversas patologías con una perspectiva clínica y en las cuales se puede intervenir para curar el malestar y mantener la salud.

En la actualidad existe una conciencia más clara acerca del derecho a la salud que tienen las personas, y a diferencia de otras épocas en donde los profesionales de la salud actuaban libremente, hoy la sociedad ha establecido la seguridad social en instituciones creadas para el cuidado de la salud.

Sin embargo, a pesar de los avances en la ciencia así como el incremento en los gastos en el sector salud, hay una creciente insatisfacción en la prestación de servicios ensombreciendo así el futuro de la salud; se ésta más orientado hacia la industria que hacia el hombre que sufre (Leal, 2002).

El trabajo realizado en materia de salud es realizado en condiciones de trabajo que resultan en muchos casos limitadas y hasta hostiles. Esto trae consigo la mala imagen de las instituciones, problema que se plantea en la práctica médica general y se vuelve más agudo en el aspecto del trabajo psicológico. Parece ser que las autoridades sanitarias no están dispuestas a llevar adelante programas sanitarios en donde, por supuesto se deben incluir aspectos psicológicos; si bien la labor médica es importante, al no tratar al enfermo de una forma integral las esperanzas de salud del enfermo se pueden ver frustradas.

El actual gobierno sigue ajustando su práctica en materia de salud a los enfoques que el Banco Mundial establece. De ésta forma se ve a la salud como una industria volviéndose casi un lujo. La Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma que la buena salud es un prerrequisito esencial para una globalización limpia, es prioridad invertir en salud en pro del desarrollo económico. Complementado con el mensaje del secretario de salud Julio Frenk, quien dice que: "De la buena salud de la población depende la prosperidad económica".

El propósito es incrementar el porcentaje del producto interno bruto (PIB) que se destine a la salud; actualmente se atiende a la salud con 23 mil millones de dólares anuales. La prioridad es el motor de crecimiento financiero para de esa forma hacer proporcional la capacidad de atención a las necesidades de salud de la población.

La salud es un anhelo social que reclama nuestra sociedad y no bastaría con elevar el PIB y esperar con esto mayores recursos para hacerle frente. Sería necesario priorizar la distribución de esos recursos y de esa forma que la población tuviera un mayor acceso a la cultura, un mejor desarrollo personal con un mínimo de equidad, que dé fe del altruismo y humanismo de esta generación (Grau y Gonzáles; 1998). Para esto se tendría que realizar un nuevo diseño social en el que las ciencias sociales, por supuesto la psicología, puedan aportar estudios de la sociedad y con ello lograr una mejor adaptación del hombre, para poder crear una nueva sociedad y una nueva cultura con el fin de buscar la felicidad humana en todos sus ámbitos. Con un enfoque social la psicología pretende ir más allá de los aspectos individuales de la enfermedad enfatizando objetivos comunitarios y sociales desde una perspectiva educativa, preventiva y formativa. Se pretende la promoción de conductas saludables, influir en el desarrollo de buenos ambientes (parques, vivienda, etc.), una mejor disposición y acceso a los servicios de salud, fomentar sistemas de apoyo social y servicios psicológicos dirigidas a conservar la salud, combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico, mental y social no sólo a nivel individual, sino que debe alcanzar a las familias consideradas como unidad, a las instituciones, la comunidad en general, sus organismos representativos y sus líderes, el medio ambiente en su totalidad.

El psicólogo social puede y debe participar en un primer momento en los cambios, hábitos, formas y estilos de vida considerando las características de cada población; encausar junto con el médico, el trabajador social, el sociólogo, el antropólogo, entre otros y hacer frente a una misma problemática aportando cada

uno desde su perspectiva acciones para el cambio. Se requiere de un mayor compromiso y que de esa forma la transdisciplinariedad proporcione las herramientas acordes para una mejor calidad de vida fomentada en el ámbito de la salud. Es por esto que se considera uno de los desafíos más importantes de la psicología en el ámbito de la salud, el poder desarrollar métodos para modificar los estilos y la calidad de vida de las personas.

Marque en un principio que hace falta explotar la psicología en el ámbito de la salud en una institución, y corresponde también a nosotros, los psicólogos adentrarnos más en ésta actividad. Parte principal de nuestra formación, o al menos así me parece, se centra en la atención clínica, vemos como estas herramientas adquiridas permiten realizar esta labor y que es la principal a realizar dentro de una institución hospitalaria. De igual forma estas mismas herramientas permiten el desarrollo de actividades en materia de planeación, desarrollo y prácticas que tienen como fin el bienestar social dentro de una comunidad. La salud no se encuentra solamente y se atiende dentro de una institución, la promoción así como la prevención permite de igual forma un desarrollo profesional en el ámbito social.

Sin embargo y para lo aquí expuesto dentro de la psicología de la salud, no es suficiente, ya que a la fecha se requieren estudios especiales que aporten más sobre las diferentes patologías de orden subjetivo y de acciones específicas que contribuyan a su manejo. Es todavía mínimo el número de psicólogos que trabajan en esta área, basta conocer pequeños hospitales y clínicas del sector salud dentro de nuestra comunidad y darnos cuenta que algunos - sino es que la mayoría - no cuenta con un servicio de psicología como resultado de una inadecuada planeación del sector salud que no considera al menos en la práctica este tipo de servicios.

En la experiencia personal dentro de la Psicología de la Salud tuvimos varios retos, el principal, hacerle frente al médico. No es fácil dentro de una

tradición médica mostrar un diagnóstico y que cubra todas las expectativas que se esperan. Realizamos el trabajo, pero considero que pudimos haber dado más. Retomamos la atención a la salud tanto en promoción, prevención y tratamiento, cubriendo parte del 1º y 2º nivel de atención dando respuesta a síntomas y patología de orden psicológico y conociendo aspectos médicos, por demás interesante. Pero permanecía la duda e incertidumbre si cumplía con las expectativas del personal médico.

Esta área de trabajo requiere de un interés y conocimientos que permitan abordar aspectos concernientes a la atención integral de la salud a nivel licenciatura y no limitarse estos a nivel maestría y doctorado. De ésta forma contribuir a la formación de profesionales para la atención de una población cada vez mayor. Pudimos constatar que el número de psicólogos de la salud son pocos si consideramos el nivel de egresados en licenciatura y a la población a atender en el territorio nacional.

Pero yendo más a fondo encontramos que si no se considera a la psicología de la salud como parte de una formación en nivel licenciatura, puede responder a las necesidades propias de las instituciones que se encargarían de brindar el espacio para la realización de esta actividad, es decir, si los programas de salud a nivel general no lo consideran en primera instancia, a donde entraría por consiguiente el psicólogo. Las necesidades actuales nos muestran un país en plena globalización en donde el papel de todo profesional se valora en base al poder económico que pueda aportar dentro de una institución, los aspectos comerciales e industriales están a la orden del día, y el interés profesional así como el mercado laboral no se encuentra precisamente dentro del sector salud.

Por otra parte, definitivamente está muy arraigada la idea de que el psicólogo es el encargado de los trastornos mentales, trastorno emocional o de conducta, considerados estos como algo anormal en nuestra sociedad y más que una enfermedad parecería que es un delito. El tener esta visión popular de lo que

es un trastorno de tipo psicológico y del quehacer de la psicología, lleva a considerar a las personas que nuestra labor no es dentro de los hospitales, sino dentro de instituciones específicas para la atención de estos trastornos; pueden tener razón y de hecho en la práctica existen los Hospitales Psiquiátricos y centros de atención especial, por lo que no es común todavía que se considere la intervención del psicólogo dentro de una institución que por excelencia atiende patologías en el orden de lo biológico, sin considerar los componentes psicológicos que conllevan y de ahí que el número de pacientes atendidos fueran mínimos, si vasta con echar una mirada a las salas de espera y ver la cantidad de gente que asiste diariamente a una institución de este tipo.

Los cambios que se requieren son muchos y las condiciones actuales tal vez no sean la mejores para que estos se den, sin embargo hemos profesionales dispuestos a ayudar y contribuir, aún con las limitantes, en el mejoramiento y restablecimiento de la salud. El servicio de psicología que se mantiene en el Hospital General de Tlalnepantla y otras instituciones respaldadas académicamente por profesores y alumnos, interesados en este campo, de la F.E.S. IZTACALA es una muestra de ello, así como la presentación de éste trabajo que esperamos sea útil para los interesados en la psicología de la salud actualmente así como futuras generaciones de psicólogos comprometidos con el desarrollo de la profesión y como agentes de cambio.

REFERENCIAS

1. Alvaro, J. L.; Páez, D. (1996). "Psicología social de la salud mental". En: J. L. Alvaro; A. Garrido & J. R. Torregrosa (Eds.), Psicología social y aplicada. (381-405). España: McGraw Hill.
2. Baz, M. (1996). "Salud social y subjetividad colectiva". En: L. Fernández; M. Pimentel (Eds.). El sujeto de la salud mental a fin de siglo. (13-25). México: UAM.
3. Bellak, L. (1983). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencias. México: El Manual Moderno.
4. Benassini, O. (1997). "Atención en salud mental, regionalización y reorientación en el marco de la descentralización de servicios de salud en México". Salud Mental, 20 (4), 48-54.
5. Beneit M., P. J. (1994a). "Conductas de salud". En: J. M. Latorre; P. J. Beneit (Eds.). Psicología de la salud. (27-39). Argentina: Lumen.
6. Beneit M., P. J. (1994b). "La enfermedad crónica". En: J. M. Latorre; P. J. Beneit (Eds.). Psicología de la salud. (225-237). Argentina: Lumen.
7. Beneit M., P. J.; Latorre P., J. M. (1994). "La representación mental de la enfermedad". En: J. M. Latorre; P. J. Beneit (Eds.). Psicología de la salud. (215-224). Argentina: Lumen.
8. Blanco, A.; De la Corte, L. (1996). "La psicología social aplicada: algunos matices sobre su desarrollo histórico". En: J. L. Alvaro; A. Garrido & J. R. Torregrosa (Eds.), Psicología social y aplicada. (3-35). España: McGraw Hill.

9. Buela – Casal, G.; Carroble, J. A. (1996). "Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud". En: G. Buela – Casal; V. E. Caballo & J. C. Sierra (Eds.). Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud. (3-11). España: Siglo XXI.
10. Cohen, G. C. (1975). La psicología en la salud pública. México: Extemporáneos.
11. Cruzado, J. A.; Labrador, F. J.; De la Puente, Ma. L. & Vallejo, M. A. (1990). "El dolor". En: F. Fuentenebro; C. Vázquez (Eds.). Psicología médica, psicopatología y psiquiatría. (579-595). España: McGraw Hill.
12. García – Alcaraz, A. (1997). "Los trastornos somatoformes y la comorbilidad: un estudio sobre los pacientes que solicitan atención sin tener un diagnóstico médico". Salud Mental, 20 (2), 1-8.
13. García S., S. (1997). "Necesidades de atención y utilización de servicios de salud mental". Salud Mental, 20 (2), 39-46.
14. Grau A., J.; González P., U. (1998). "Ética, calidad de vida y psicología de la salud". Psicología y Salud, (12), 83-96.
15. Hernández M., E.; Aguilar B., S.; Peralta S., A.; Rodríguez D., T.; García B., H. & Hernández L., N. (1994). Introducción a la salud pública. Villahermosa Tabasco: Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
16. Jaidar, I. (1996) "Medicina tradicional y enfermedad mental en México". En: L. Fernández; M. Pimentel (Eds.). El sujeto de la salud mental a fin de siglo. (63-73). México: UAM.

17. Labrador, F. J.; Muñoz, M. & Cruzado, J. A. (1990) "Medicina Conductual". En: F. Fuentenebro; C. Vázquez (Eds.). Psicología médica, psicopatología y psiquiatría. (641-651). España: McGraw Hill.
18. Lara, Ma. A.; Acevedo, M. (1996). "Patrones de utilización de los servicios de salud mental". Salud Mental, 19 (1), 14-19.
19. Latorre P., J. M. (1994a) "Psicología de la salud: introducción y conceptos básicos". En: J. M. Latorre; P. J. Beneit. (Eds.). Psicología de la salud. (17-25). Argentina: Lumen.
20. Latorre P., J. M. (1994b) "Aspectos psicológicos del dolor". En: J. M. Latorre; P. J. Beneit. (Eds.). Psicología de la salud. (115-141). Argentina: Lumen.
21. Leal, G. (2002). "Ese lujo llamado salud: progreso en la ciencia que no se refleja en la atención médica" La Jornada. Marzo 10, 10-11.
22. López H., R. (1994) "Psicología del embarazo, parto y puerperio". En: J. M. Latorre; P. J. Beneit. (Eds.). Psicología de la salud. (307-318). Argentina: Lumen.
23. López J., J. L.; Caraveo A., J. J. & Martínez V., N. A. & Martínez M., Ma. P. (1995). "Percepción de la enfermedad mental en pacientes de consulta medica general". Salud Mental, 18 (2), 25-31.
24. Matrajt, M. (1996) "La dimensión sanitaria". En: L. Fernández; M. Pimentel (Eds.). El sujeto de la salud mental a fin de siglo. (87-95). México: UAM.
25. Medina - Mora, Ma. E.; Berenzon, S.; López L., E. K.; Solis, L.; Caballero, M. A. & González, J. (1997) "El uso de los servicios de salud por los pacientes con trastornos mentales: resultados de una encuesta en un a población de escasos recursos". Salud Mental, 20 (2), 32-38.

26. Millan G., A. R. (1996). "Aproximaciones Psicológicas al Tratamiento del Dolor". Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. De Méx., México.
27. Morales C., F. (1999). Introducción a la psicología de la salud. Argentina: Paidós.
28. Ribes, E. (1990). Psicología y salud, una análisis conceptual. España: José Roca.
29. Rodríguez O., G.; Rojas R., M. E. (1998) "La psicología de la salud en América Latina". En: M. E. Rojas; G. Rodríguez, (Eds.). La psicología de la salud en América Latina. México: UNAM, Facultad de Psicología.
30. Rodríguez, J.; García, J. A. (1996) "Psicología social de la salud". En: J. L. Alvaro; A. Garrido & J. R. Torregrosa (Eds.), Psicología social y aplicada. (351-372). España: McGraw Hill.
31. Ruiz V., Ma. E. (1996) "Nuevas tendencias en las políticas y dispositivos de salud". En: L. Fernández; M. Pimentel (Eds.). El sujeto de la salud mental a fin de siglo. (99-117). México: UAM.
32. Saucedo A., M. E.; Cortés R., Ma. E.; Salinas G., F. & Berlanga C., C. (1997). "Frecuencia y causas de deserción de los pacientes que asisten a consulta subsecuente de la División de Servicios Clínicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría". Salud Mental, 20 (3), 13-18.
33. Secretaría de Salud. (1998). Manual de Organización de la Secretaría de Salud. México. D.F.: Autor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

34. Vega V., Z.; Nava Q., C.; Landa D. P. & Carpio R., C. (1999) "La dimensión psicológica de la salud". Revista Psicológica Del Valle De México, 1 (1), 12-24.