

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“EL PAPEL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁREA  
DE LA SALUD”**

REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Rocío Martínez Negrete

Sara Airely Rodríguez Nava

Lic. Emiliano Lezama Lezama

Lic. Blanca Leonor Aranda Boyzo

Lic. Francisco Ochoa Bautista

Tlalnepantla, Edo. de México.

2004



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.

Quiero darles las gracias a las personas más importantes para mí, ya que sin ustedes no hubiera sido posible que este hermosísimo sueño se convirtiera en realidad.

Primero a mis padres y hermano a quienes no tengo con que pagarles todo lo que han hecho por mí, ya que sin su eterno apoyo y dedicación nunca hubiera logrado esta ilusión. Gracias por hacer de mí una persona de bien y por darme tanto sin recibir nada a cambio; además de brindarme la oportunidad de crecer feliz en una gran familia, los quiero.

De la misma manera y con el mismo cariño, quiero agradecerte a ti mi amor de todo corazón por ser un gran esposo y por contribuir enormemente también para que este proyecto pudiera ser verdad. Muchas gracias por tu inmensa comprensión, amor y apoyo incondicional que siempre me has demostrado, gracias por estar siempre ahí cuando te necesito y por darme siempre lo mejor de ti, te amo.

A Dios, le doy las gracias también por acompañarme siempre y por permitirme realizar este enorme deseo.

Así mismo, agradezco a todos mis profesores, en especial a nuestro asesor Emiliano Lezama Lezama y también a mi compañera Rocío que quienes con su apoyo, dedicación y conocimientos fueron parte crucial de este trabajo y de mi desarrollo académico.

A todos ustedes muchas gracias.

SARA AIRELY RODRÍGUEZ NAVA

De inicio quiero dar las gracias a las dos personas más importante en mi vida, mis padres, ya gran parte de este logro ha sido por ustedes, y no simplemente por su apoyo incondicional durante mi carrera, sino por las bases, educación y cariño que me han dado, lo cual, creo se ve un poco reflejado aquí. Sólo me resta decirles que aquí concluimos sólo una parte de todo el camino que nos falta por recorrer juntos. Los quiero mucho y de verdad muchas gracias por todo.

De igual manera quiero decirle a mi hermano que tal vez si no hubiera sido por él, no hubiera estudiado esta carrera, sin embargo por la motivación que me diste en el momento adecuado y por haber creído en mí, es que hoy concluyes junto conmigo este ciclo. ¡Y ya sabes que a ti también te quiero!

Personas no menos importantes que también pasaron, vivieron, sintieron y disfrutaron la carrera conmigo son mis amigos (yo se que saben a quienes me refiero), a quienes no tengo como agradecerles tanto el apoyo, como los buenos momentos, los regaños, y todo lo que han hecho por mí. ¡Gracias! Y aquí va incluida Sara, gran amiga a quien también le quiero decir gracias por haber compartido esta experiencia y todo lo que ella implicó conmigo.

Y finalmente, a mi Profesor- Asesor Emiliano Lezama Lezama por la paciencia, enseñanza, apoyo y orientación que nos brindó a ambas.

ROCÍO MARTINEZ NEGRETE

# ÍNDICE

	Pág.
Resumen	3
Introducción	4
Capítulo 1. Antecedentes de la Psicología de la Salud	9
Capítulo 2. Historia de la Institución y Función del Psicólogo en el área de la Salud.	25
2.1 Antecedentes del Instituto Mexicano del Seguro Social	25
2.1.2 Características del HGZ No. 58	28
2.2. Psicología de la Salud	30
Capítulo 3. Descripción de las Actividades Realizadas dentro de la Institución.	37
3.1 Características de las Estrategias Terapéuticas	37
3.1.1 Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia	37
3.1.2 Intervención en Crisis	41
3.2 Reseña de las Actividades Realizadas	47
3.2.1 Funciones	47
3.2.2 Organización	48

	Pág.
3.3 Análisis de los Casos	48
3.4 Resultados y Análisis de los Padecimientos Atendidos	51
3.4.1 Depresión y Autoestima	51
3.4.2 Ansiedad y Estrés	53
3.4.3 Bulimia	54
3.4.4 Duelo	55
3.4.5 Intento de Suicidio	55
3.4.6 Enfermedad Física	56
3.5 Pruebas Psicométricas Aplicadas	57
Propuestas	60
Conclusiones	64
Referencias Bibliográficas	70
Anexos	73

## RESUMEN

El presente reporte de trabajo tiene como objetivo presentar la labor realizada durante un año al nivel de apoyo psicológico y emocional a diferentes pacientes dentro de Hospital General de Zona No. 58 del IMSS.

Dentro de este escrito se toman en consideración aspectos que van desde la presentación de la problemática social que tenemos en cuanto a la carencia de información que la mayoría de la gente tiene acerca de sus padecimientos físicos y la relación que éstos pueden tener con aspectos psicológicos; la reseña histórica de la aparición de la Psicología de la Salud como disciplina que se encarga de la prevención y promoción de la salud y que toma en cuenta el comportamiento de las personas como factor influyente en su estado de salud física; hasta la presentación de una breve historia del IMSS y la explicación y análisis de los problemas emocionales que con mayor frecuencia se atendieron dentro del HGZ No. 58 y cómo fueron tratados con el uso de la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia e Intervención en Crisis como estrategias terapéuticas, además de utilizar algunas pruebas psicométricas como herramientas en el proceso terapéutico.

Finalmente, exponemos nuestras propuestas enfocadas tanto a los cambios que consideramos pertinentes en cuanto a la existencia de un trabajo interdisciplinario entre médicos, enfermeras y psicólogos para brindar una mejor atención a las personas; como a las modificaciones que creemos debe tener el plan curricular de la carrera, tomando en cuenta el mercado laboral.

# INTRODUCCIÓN

La organización de las comunidades, el funcionamiento de las familias y el bienestar psicológico de las personas se han visto modificados debido a los diferentes cambios que ha sufrido nuestra sociedad en los ámbitos económicos, industriales y de urbanización. Por ello se ha vuelto necesario desarrollar una mejor comprensión del funcionamiento humano, basada en la integración de los principios psicológicos y fisiológicos en los procesos de salud y enfermedad.

El problema esencial radica en la poca información que la mayoría de la gente tienen en cuanto a las enfermedades físicas que padece; además de la poca aceptación que tienen los médicos en cuanto a que éstas pueden estar íntimamente relacionadas con aspectos psicológicos, y finalmente, que vivimos en una sociedad en la que aún el apoyo psicológico no es del todo aceptado. Es por ello que en el presente proyecto se da un enfoque en el que se comprueba que en algunas ocasiones es necesario un trabajo conjunto de la medicina y la psicología como disciplinas para el tratamiento de pacientes.

Así, los factores psico-sociales, los pensamientos, sentimientos y el estilo general de la atención a personas están siendo estudiados y se reconocen de manera creciente como determinantes del éxito en la salud y las acciones sociales. Es por esto que la prevención de enfermedades y la promoción de la salud y el bienestar deben basarse en un entendimiento de la cultura, las tradiciones, las creencias y los patrones de interacción familiar, por lo que actualmente la psicología y la medicina han establecido una relación de trabajo conjunto que incluye todos los aspectos de la asistencia sanitaria, incluidos la aparición de la enfermedad, prevención, tratamiento, rehabilitación, y difusión de la salud. (Holtzman; Evans; Kennedy e Iscoe 1988).

Considerando estos antecedentes, se ha visto que es de suma importancia la aceptación, tanto de las instituciones como de los pacientes, de un trabajo multidisciplinario entre médicos y psicólogos; ya que por ejemplo, en la institución donde se realizó esta práctica (HGZ No. 58 IMSS), fue evidente que el trabajar de esta

manera ayuda a una recuperación más rápida de los pacientes, ya que además de recibir apoyo médico, también reciben un apoyo emocional.

Una razón por la que consideramos que el campo de la psicología de la salud debería ser más amplio es que en las pocas instituciones de salud en las que se brinda un apoyo emocional conjunto al médico se han visto buenos resultados en la salud físico- emocional de los pacientes, desafortunadamente, todavía no existe este servicio en todas las instituciones de salud.

La *salud* ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como “un estado de bienestar completo físico, mental y social; y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. (Ávila y Gómezjara, 1989, p.4). Tomando en consideración este punto, es que actualmente dentro nuestro sistema de valores se encuentran incluidos aspectos tales como el bienestar, prevención y el tratar de evitar aquellos hábitos que repercutan negativamente sobre la salud.

Es entonces que la Psicología se ha enfocado cada vez más en los procesos de salud-enfermedad, tomando en cuenta los aspectos emocionales presentes en las enfermedades físicas, insertándose poco a poco en los ámbitos médicos trabajando conjuntamente con la Medicina; originándose un ambiente multidisciplinario en el tratamiento de enfermedades, ya que buena parte de éstas provienen del comportamiento de las personas, más que simplemente de agentes patógenos biológicos.

Se ha observado que el cuadro epidemiológico ha cambiado en los últimos años, ya que actualmente en un gran número de los países industrializados la mayor parte de las enfermedades graves son padecimientos crónicos que pueden prevenirse o modificarse cambiando los comportamientos que generan una salud deficiente, siendo éstos el área de trabajo de la *Psicología de la Salud*, la cual “se ocupa de la relación biopsicosocial de la mente y el cuerpo en un medio sociocultural dado, y del desarrollo de nuevas tecnologías del comportamiento para la promoción y mantenimiento de la salud”. (Holtzman, et al., 1988, p. 248).

Con esta transición epidemiológica, se han planteado diferentes estrategias y actividades con un enfoque preventivo del riesgo; promoción de la salud y organización de los diversos servicios de los centros de atención a la salud, con los que se tiene la creencia de que finalmente las necesidades de salud de la población quedarán satisfechas. Estas estrategias ponen énfasis en el trabajo multidisciplinario por lo que la participación del psicólogo ha sido de mayor relevancia en el campo de la salud.

A pesar de todos estos factores, en la actualidad, la labor de la psicología en el ámbito de la salud no es reconocida del todo, ya que existe cierto escepticismo por parte de los médicos, en cuanto a que se puede presentar una relación directa entre el bienestar físico y mental.

Así, una de las ramas de la psicología que se ha ido abriendo campo en las instituciones de salud, es la psicología clínica, ya que poco a poco se ha ido demostrando que un trabajo conjunto de tratamiento médico-farmacológico y psicológico-emocional da una más rápida recuperación al paciente, ya que funciona como una forma de tratamiento alterno en el cual se le brinda el auxilio emocional que el paciente requiere.

Por lo tanto, la función específica del psicólogo en las instituciones de salud consiste en identificar, clasificar y analizar problemas en el área de la salud mental; evaluar programas encaminados a la prevención y solución de dichos problemas optando por las alternativas más adecuadas, tomando en consideración tanto al paciente, como el contexto dentro del cual éste se desenvuelve. (Harrsch, 1992). De igual manera, el psicólogo debe tener las herramientas necesarias para el diseño y la aplicación de programas o terapias que brinden soluciones y modificaciones al comportamiento con la finalidad de disminuir las tensiones y preocupaciones del paciente para lograr una mejor adaptación a la realidad.

Así, los centros de acción profesional del psicólogo de la salud son: instituciones psiquiátricas; centros de salud; hospitales; SSA, IMSS, ISSSTE; y práctica privada en consultorios y clínicas. Recientemente el Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios Profesionales de la UNAM (Torres, 1989 cit. por Urbina, 1989),

realizó una encuesta a psicólogos que trabajan en el área de salud, con el fin de conocer cuáles son las principales actividades que desempeñan y el tipo de actividades que atienden.

Los resultados indicaron que las principales actividades que se llevan a cabo son: diagnóstico, psicoterapia, orientación, investigación, selección de personal y capacitación, asesoría, docencia, terapia de aprendizaje, trabajo comunitario, y realización de dinámicas de grupos.

Entre los principales problemas con los que se encuentra un psicólogo que ejerce dentro de este ámbito son: desarrollo y salud mental; problemas de aprendizaje y de conducta; dinámica familiar; problemas neurológicos; alcoholismo y farmacodependencia; problemas sociales y retraso mental. Estas actividades y problemáticas demandan que el psicólogo posea no solo la formación académica; sino también debe tener una preparación práctica que obedezca a las necesidades sociales y laborales.

En cuanto a la formación académica del psicólogo se ha observado que la definición del perfil profesional de éste no es algo que se pueda hacer basándose solamente en las características teórico- metodológicas de la disciplina, ya que esto conlleva a la formación de psicólogos que no cubran las necesidades laborales y de la población en general dentro del campo de la salud.

De hecho, desde comienzos del siglo XX, principalmente desde la década de los 50, la psicología ha aportado productos importantes en materia de psicodiagnóstico y tratamiento a las personas afectadas de trastornos mentales o afectivos.

Como ya lo hemos mencionado, en el curso de los últimos años aparecieron dos nuevas ramas de la psicología: la psicología de la salud, estrechamente relacionada con la medicina del comportamiento; y la psicología comunitaria, la cual es un producto de la investigación social y desarrollo comunitario.

Finalmente consideramos que el más grande desafío para la psicología como disciplina científica es la difusión de conocimientos y tecnologías de manera clara y atractiva para que estas importantes ideas puedan ser aplicadas en beneficio de la población.

# CAPÍTULO I

## ANTECEDENTES DE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Para el estudio del hombre como una entidad viva que posee características exclusivas adquiridas en el proceso evolutivo, es necesario considerarlo como una entidad *biopsicosocial*, donde cada uno de estos aspectos tiene como objeto de estudio características diferentes, los cuales son:

1. *Biológico*: aspecto que estudia la estructura y funcionamiento del organismo;
2. *Psicológico*: estudia la personalidad y las relaciones interpersonales, y
3. *Social*: que estudia las leyes, relaciones y cultura del hombre.

Tomando en consideración estas esferas de desenvolvimiento del ser humano, es importante mencionar que el hombre como individuo no puede existir en aislamiento; sus procesos mentales y su comportamiento sólo son inteligibles en función de su interrelación con otros individuos, ya que desde que nace se encuentra en un medio con normas, ideas, hábitos, técnicas y formas de organización; lo que trae consigo diversos conocimientos, creencias, ideologías, prejuicios y costumbres; aspectos que dependen directamente de la cultura o entorno social en que se desarrolla y de sus necesidades.

Gracias a la exigencia de satisfacer las diferentes necesidades humanas han ocurrido cambios sociales a lo largo de la historia de la evolución humana, los cuales han obligado a la adquisición de conocimientos científicos sobre los fenómenos sociales y las diferentes áreas que rodean al ser humano, como lo es su *salud*.

La salud del ser humano es una de sus características más importantes, puesto que si se carece de ella, es imposible un desarrollo funcional en todos los demás ámbitos.

Es por ello que el ser humano está permanentemente sometido a un proceso continuo de *salud- enfermedad*, proceso en el que transita en uno y otro sentido.

Por lo tanto, no existe el hombre estáticamente sano o enfermo; sino que el individuo va de un polo a otro de esta relación como resultado dinámico de cuatro elementos esenciales (Ávila y Gómezjara, 1989):

- a) la acción homeostática de su múltiple dotación biológica de aparatos y sistemas;
- b) la acción resultante de su vida social con otros hombres y los efectos sobre él que ejerce el medio;
- c) los valores socioculturales prevaletentes que consideren o califiquen a una situación de “enferma” o “sana” a lo largo de la historia, y
- d) clase social a la que pertenezca el sujeto.

El proceso salud- enfermedad es continuo y permanente y el ser humano está sometido a él de manera dinámica como resultado de la interacción con el medio que lo rodea y de su propio medio interno, que tiende a la defensa y al equilibrio. Si se visualiza al hombre desde esta perspectiva, es evidente que esta concepción es opuesta a la concepción tradicional del hombre sano, por una parte, y del hombre enfermo por la otra; como entidades separadas y estáticas, por lo que el proceso salud-enfermedad se entiende como resultado de las relaciones históricas hombre- ambiente y como parte de los conflictos sociales dentro de los cuales el ser humano lucha por sobrevivir.

Para entender correctamente las diversas propuestas de definición del proceso salud- enfermedad, es necesario definir estos dos conceptos de forma separada, así, la *salud* es definida por la OMS (Higashida, 1993, p. 5) como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad”.

La *enfermedad* ha sido definida de varias maneras, una de ellas menciona que es cualquier estado que perturba el funcionamiento físico o mental de una persona y afecta su bienestar; es decir, es la pérdida del equilibrio dinámico que mantiene la composición, estructura o función del organismo; así mismo, otra de las concepciones que se tienen de la enfermedad es la que Ávila y Gómezjara (1989, p. 152) nos mencionan, y que la consideran como “un problema únicamente personal, mecánico,

ya sea por fallar un órgano interno o por la acción de un microbio llegado del exterior”. De esa manera, la alopática considera necesario mantener aislado o esterilizado al organismo para evitar su contaminación.

Pero, de igual manera, se observa que esta concepción trae consigo dos consecuencias importantes de mencionar:

9

- a. el desprecio por las reservas del propio organismo para recuperarse, no aisladamente, sino dentro de su propio medio, reduciéndolo entonces a un ser pasivo dentro de una perspectiva biológica individual, es decir, decrece la capacidad inmunológica, y
- b. el reforzamiento de la dependencia del ser humano respecto a los medicamentos, lo que viene a sustituir a la familia, la escuela, e inclusive a la Iglesia, que son las instituciones que tradicionalmente ejercen un control sobre el individuo.

Dadas estas definiciones, es conveniente recordar que la salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica, ya que sólo son dos momentos dentro de un mismo fenómeno, y que entre ellas se establece una relación en constante cambio.

Un gran inconveniente que sigue existiendo aún en la actualidad a pesar de todos los cambios sociales, culturales y de pensamiento que hemos ido viviendo a lo largo del tiempo, es que la medicina alópata considera a la enfermedad como un proceso separado del estado de salud.

No se puede dejar a un lado el que la relación entre la salud y la enfermedad tiene una evidente dimensión biológica, pero al mismo tiempo otra oculta, de carácter ideológico.

Es decir, la presencia por sí misma de un fenómeno biológico anormal no es

suficiente para que se presuma enfermedad. Es necesaria, además, una interpretación de este fenómeno. Las bases de ésta no son exclusivamente los conocimientos objetivos y exactos, sino que además en ella interfieren valores socialmente determinados, es decir, la concepción humana del proceso salud- enfermedad está altamente determinada por el momento histórico en el que se desarrolla.

En la explicación de los fenómenos biológicos que se tenían en otras épocas históricas resulta fácil descubrirlos; ya que no cuesta detectar el error de interpretación que cometía la gente durante la Inquisición que en su mayoría se encontraba dominada por una ideología religiosa cuando consideraba a los epilépticos como personas poseídas por espíritus malignos, o durante la Edad Media, se desarrollaron comportamientos que en la actualidad consideramos como aberrantes, pero que sin embargo, durante esa época fueron santificados y reconocidos.

Otro ejemplo claro de cómo se consideraban las enfermedades en diferentes períodos, lo tenemos en Europa durante los siglos XII y XIII, en donde a los leprosos o a las personas que no cumplían con las “normas sociales” de esa época se les apartaba por completo de la sociedad, asilándolos en barcos que nunca tocaban tierra firme, más que para recoger a otros enfermos (Foucault, 1998).

Más tarde es que surgen las instituciones psiquiátricas en donde se recluía y se les negaba un tratamiento adecuado a las personas que se apartaban de las normas sociales considerándolos como “locos”, “desviados” o “brujos”, concepción que principalmente era establecida por el poder que tenía la Iglesia durante la época colonial. (Ávila y Gómezjara, 1989).

Así, conforme fue pasando el tiempo aparece dentro de los ámbitos médicos y más tarde, psicológicos, el concepto de *salud mental*, el cual es definido por la OMS como “la capacidad para mantener relaciones armoniosas con los demás, satisfacer necesidades instintivas potencialmente en conflicto sin lesionar a las demás personas, y ser capaz de participar en las modificaciones positivas del ambiente físico y social”. (Higashida, 1993, p. 395).

Este término se debe concebir como la realización del *ser humano* como *ser social*, y no debe de considerarse dentro de una perspectiva de liberación de una enfermedad, y menos de un padecimiento biológico”. (Ávila y Gómezjara, 1989, p. 17).

Es importante mencionar que en esta concepción existen dos elementos involucrados:

1. La salud mental no se reduce a situaciones de equilibrio biológico del organismo: cerebro y sistema nervioso,
2. La salud mental está relacionada con la estructura de clases sociales existentes, lo que quiere decir que ésta se maneja de manera diferente para una clase social u otra.

Por lo tanto, hablar de la historia de la medicina es tanto como querer abarcar toda la historia de la humanidad, pues muchos hechos y factores del desarrollo de la civilización tienen como base algún fundamento médico. (Somolinos, 1980).

Por lo general, es hasta épocas recientes que la salud mental ha sido tomada en consideración por otras disciplinas diferentes a la medicina, puesto que, la mayor parte del tiempo, ha sido esta ciencia la que se ha encargado de su estudio y tratamiento. (Entralgo, 1998). Por ello que esta disciplina esta orgullosa de sus sorprendentes avances en el conocimiento de la estructura y funcionamiento de las partes que integran al organismo humano, aunque es por este gran conocimiento que existe una gran desventaja dentro de esta disciplina, y es que existen especialidades, las cuales al centrarse sólo en el órgano que funge como objeto de estudio, tienden a considerar al humano como una entidad dividida en diferentes partes, en lugar de valorarlo como todo un sistema integrado. Sin embargo, sería interesante que los médicos reconocieran que hay una desproporción entre sus conocimientos acerca de la estructura y fisiología del organismo, y lo que conocen de ese organismo como persona que vive en relación recíproca con otros individuos, ejerciendo así influencias de orden psicológico favorables o desfavorables sobre ellos.

Una de las causas inmediatas de la relativa incapacidad del médico para entender problemas psicológicos de sus pacientes, es la orientación de la educación médica impartida en la escuela. Hasta hace poco tiempo, aún en los colegios de medicina más reconocidos, la enseñanza de la psicología médica todavía se reducía a una serie de conferencias descriptivas sobre patologías mentales y a algunas demostraciones clínicas de enfermos psicóticos; sin embargo, en los últimos años, la situación ha cambiado de manera radical, ya que muchas universidades han modificado sus programas para integrar a la enseñanza médica, la enseñanza de la psicología moderna y sus aplicaciones clínicas. ( de la Fuente, 1983).

La razón principal para que la *Psicología Médica* sea considerada y enseñada como una disciplina por derecho propio radica en el hecho irrefutable de que la *mente* influye en forma importante en el *funcionamiento corporal*, ya sea determinado o contribuyendo a la determinación de disfunciones y enfermedades de los órganos y sistemas, o bien, influyendo en la evolución de los procesos patológicos de otro origen.

Es así como la Psicología Médica tiene en su campo el conjunto de conceptos propios de la psicología que son aplicables a la medicina.

Sin embargo, el propósito de formar un campo aparte que deje a un lado aquello que es del campo exclusivo del psicólogo y del psiquiatra obedece a una necesidad práctica: ni es posible que los médicos sean psicólogos clínicos, ni tampoco se les puede pedir que dominen las técnicas del especialista. Lo que en realidad se necesita, es tener a su disposición conceptos y técnicas psicológicas que sean aplicables en la práctica cotidiana de una medicina integral. (de la Fuente, 1983).

Por lo tanto, es necesario que los conflictos psicológicos de los enfermos sean tomados en cuenta y estudiados con la misma objetividad con que se estudia el funcionamiento fisiológico del organismo, ya que se puede comprobar que los conflictos psicológicos son tan efectivos en la alteración fisiológica como los diferentes agentes patógenos.

Dentro de este ámbito, el criterio psicogenético permite apreciar que, en ciertas circunstancias, un síntoma es la expresión simbólica de un conflicto mental; y en otras, simplemente la respuesta de un organismo a ciertos estímulos emocionales persistentes o recurrentes.

De hecho, en ocasiones, el síntoma corporal tiene en el sujeto la función de satisfacer necesidades personales de afecto, seguridad, atención o prestigio. En otras, lo que ocurre es que un enfermo está sufriendo las consecuencias de sus tensiones no resueltas; y es por ello que para entender las causas de la salud o de la enfermedad de un individuo es necesario tomar en consideración las circunstancias de su ambiente natural y cultural, por lo que es primordial para el médico el establecer una buena comunicación y; por consiguiente, una buena relación médico- paciente, ya que ésta tiene un papel muy importante dentro del proceso terapéutico, puesto que dentro del campo de la psicología se ha mostrado que el médico influye sobre el enfermo a través de una interacción dinámica en la cual intervienen factores de autoridad, dependencia, de transferencia, de sugestión, de catarsis, y de apoyo emocional.

Aunque es actualmente cuando se le ha dado el peso necesario a la creación o aplicación de una disciplina enfocada a estos aspectos en relación a la medicina y psicología, y el uso de términos médico- psicológicos, la cual es la *Psicología de la Salud*; el conocimiento de la existencia de una relación estrecha entre estos ámbitos ha existido desde la aparición del hombre, sólo que por las circunstancias sociales esta conexión se concebía de diferente manera; ya que es evidente que la historia de los conceptos psicológicos está inseparablemente ligada a la de los esfuerzos humanos por encontrar soluciones a los problemas que plantean las condiciones de la existencia.

Esto se puede ver ejemplificado retomando el relato histórico que nos menciona de la Fuente (1983) acerca de los estudios antropológicos del *hombre primitivo*, los cuales ponen de manifiesto que aunque la mente primitiva es potencialmente capaz de pensamiento lógico y del razonamiento objetivo, en su medio cultural funciona en forma diferente a la mente del hombre civilizado, y es, en ciertos aspectos, semejante a la de un niño y a la de ciertos enfermos psicóticos, particularmente, los esquizofrénicos; ya

que presentaba una incapacidad para diferenciar claramente entre lo que ocurría en el mundo de la realidad y en el de su fantasía, lo que le permitía atribuir existencia real a aquellas cosas que él deseaba que fueran reales. Lo que nos puede llevar a la conclusión de que las teorías del hombre primitivo acerca de las perturbaciones mentales giraron en torno de sus conceptos *mágico-animistas*.

Tomando esto en consideración, podemos decir que la existencia de las enfermedades mentales es tan antigua como la vida, aunque no así su identificación, interpretación y tratamientos aplicados, que se han ido modificando con el transcurso del tiempo en relación a los patrones culturales, socioeconómicos, el desarrollo de la ciencia y los avances del conocimiento en la sociedad.

Este progreso ha sido muy lento, tal vez por los prejuicios y temores que producía la enfermedad mental, ya que durante la civilización *Griega* Hipócrates le daba una concepción sobrenatural a la enfermedad; mientras que Platón pensaba que las alteraciones mentales dependían de una parte orgánica, otra ética y otra divina; mientras que los *Romanos* defendían un trato humanitario para estos enfermos frente al encierro carcelario que se había estado presentando hasta entonces (Fernández, 1995).

Más adelante, en la *Edad Media* los locos ya no se les consideraba enfermos, sino embrujados, o personas que habían pactado con el diablo. Renació el modelo sobrenatural de la enfermedad y el primitivismo. El tratamiento corría a cargo de religiosos en los monasterios. Con el paso del tiempo los tratamientos se fueron endureciendo, sobre la hipótesis de la alianza satánica del proceso, ya que los clérigos realizaban ceremonias religiosas, exorcismos, quemaban para “purificar el alma”, etc. Durante los siglos XV, XVI y XVII esta situación se recrudeció, teniendo en el año de 1782 la última ejecución por brujería. (Fernández, 1995).

Por otra parte, durante el *Renacimiento* fue evidente la decadencia de las ideas y teorías demonológicas que habían obstaculizado por mucho tiempo el progreso de la ciencia médica y, principalmente, de la psicología; ya que es durante este período que surge la teoría de que las enfermedades mentales pueden tener causas psicológicas,

aunque también se creía que éstas pueden tener influencia de la luna y otros astros, concepción que permitió la aparición del término “lunáticos” para referirse a los enfermos mentales. Es también en esta etapa histórica, donde inicia la teoría *dualista*, que habla de la existencia de una relación entre alma y cuerpo; así mismo, existieron dos autores con ideas muy importantes, uno de ellos fue Vives quien defendía que la atención a los pobres tendría que dejar de ser función de la Iglesia y serlo del Estado; y el otro fue Sabuco, el cual sostenía que el 80% de las enfermedades son resultado del pesar o del enojo. (Fernández, 1995).

Mientras tanto, España era uno de los pocos países europeos que participó en menor medida en estas prácticas, adelantándose a la creación de instituciones. Quizá esto se debió al contacto mantenido durante ocho siglos con la cultura árabe.

Los historiadores de la medicina árabe han demostrado la existencia de una asistencia psiquiátrica anterior a la cristiana, ya que en 1160 existió en Bagdad un manicomio al que llamaban Dar al-Maristan, y posteriormente en España durante 1410 el Fray Juan Gilabert Jofré fundó la primera institución consagrada de la asistencia de los enfermos psíquicos, y en 1425 Alfonso V. de Aragón funda el Asilo de Zaragoza, que siglos más tarde fue elogiado por Pinel por la forma en que se practicaba la terapia ocupacional. (Fernández, 1995).

Aunque ya se habían ido creando instituciones psiquiátricas con la intención de ayudar a los enfermos mentales, esta situación no se dio así, ya que estas instituciones se fueron convirtiendo en lugares deshumanizados, donde se aislaban, enjaulaban, encadenan y golpeaban a los enfermos como si fueran animales. Así mismo, los cuidadores eran seleccionados entre ex presidiarios, que empleaban como herramienta el látigo.

También, durante estos siglos se fundaron otros hospitales mentales en distintas ciudades del mundo, algunos de los cuales han sido famosos por las condiciones y métodos deplorables que ahí se daban. Además de las crueldades físicas que se aplicaban, se añadían la afrenta moral de enseñar al público a los enfermos enjaulados por un módico precio durante los días de fiesta. (Foucault, 1998).

Posteriormente, a finales del siglo XVIII, durante la *Revolución Francesa*, un psiquiatra francés, Pinel, se levantó contra este estado de cosas reclamando un trato más humano, ya que gracias a él se liberaron a los enfermos mentales de las cadenas, siendo éstas sustituidas por camisas de fuerza. De igual manera, este psiquiatra entendió que las causas de la locura podían ser somáticas, y que su curación se podía conseguir por medio de la educación. En el *siglo XIX*, junto a la escuela francesa tuvo mucho auge la *escuela alemana* donde se fueron apreciando cambios como el que la organización asistencial presentaba ya una finalidad claramente terapéutica, y los psiquiatras intentan desarrollar métodos de cura somáticos.

Con estos cambios históricos a mediados del *siglo XX*, se apreciaba ya en algunos hospitales un marcado descenso en los ingresos y un mayor número de altas.

Esta situación hizo plantearse la necesidad de crear nuevas instituciones o dispositivos asistenciales, en los que el paciente recibiera el tratamiento sin tener que desvincularse físicamente de su entorno familiar y social. Así, comienzan a aparecer las unidades psiquiátricas hospitalarias, hospitales de día y de noche; y hospital de fin de semana.

Así, a partir de la *Segunda Guerra Mundial* ya fueron evidentes las modificaciones conceptuales y prácticas, puesto que se desarrollaron tendencias desde otras perspectivas, creándose la psicoterapia institucional, las comunidades terapéuticas y la psiquiatría sectorizada. Además, otros de los cambios importantes fueron que los hospitales psiquiátricos ya no tienen como objetivo principal el guardar y alejar al enfermo mental de la población supuestamente sana, para pasar a ser un lugar terapéutico; los tratamientos psiquiátricos siguen distintos modelos terapéuticos: biologicistas, humanistas, conductistas, cognitivistas, etc.; es decir, todos estos toman ya en cuenta aspectos psicosociales de los enfermos.

Fernández (1995) dijo que así como hubo cambios en los tratamientos y modelos terapéuticos, también los hubo en las instituciones en cuanto a su forma y a su

personal, puesto que ya no se construyen hospitales carcelarios, fríos e inhumanos alejados de la población; por el contrario, las instalaciones actuales son modernas y reúnen condiciones higiénicas adecuadas; mientras que los cuidadores no son ya el personal masculino seleccionado por fuerza física, sino que el equipo asistencial está integrado por profesionales, tanto hombres como mujeres calificados académica y laboralmente.

Por ello, la atención actualmente tiene como objetivo principal ser integral, cuidando tanto el aspecto biológico, como el psicológico y social de la persona enferma, y por consiguiente, la enfermedad mental ha dejado de ser considerada como un estigma vergonzoso y casi sobrenatural.

Hoy en día la concepción integral de la salud, y del ser humano, ha supuesto una mayor aceptación de lo mental como parte inseparable de la persona, admitiéndose la influencia recíproca entre lo fisiológico, lo psicológico y lo social. De hecho, todos los tratamientos en salud mental deben atender a estas áreas, pero para ello hay que valorar cuidadosamente dos aspectos:

- las alteraciones somáticas y
- la situación vital del enfermo y las relaciones que mantiene.

Fernández (1995) menciona que a partir de éstos es que se presentan los diversos tratamientos que se pueden aplicar, como por ejemplo:

- a) Tratamientos biológicos: que incluyen los psicofármacos, Terapia Electroconvulsiva, hidroterapia, relajación, etc.
- b) Tratamientos Psicoterapéuticos: psicoanálisis, terapia psicodramática, etc.
- c) Tratamientos Socioterapéuticos: terapia institucional, terapia comunitaria, terapia laboral, talleres, ludoterapia, etc.

Todos estos antecedentes históricos fueron dando pauta a la aparición de las diferentes escuelas psicológicas que conocemos en la actualidad, ya que fue después

de todos estos períodos que la Psicología empezó a florecer como ciencia con la creación del primer laboratorio experimental, y posteriormente, con la aparición de las diferentes teorías que aún en el presente se utilizan para el estudio del hombre y su entorno, como el Psicoanálisis o la Psicología Experimental. Es por ello que se observa la necesidad social de la creación de una disciplina que tomara en cuenta no sólo el aspecto físico, como la medicina, sino que conservara también el aspecto emocional, y es así que empieza a surgir la *Psicología de la Salud*, ampliamente relacionada con la ciencia médica.

Y de esta manera, a finales de la década de los setenta esta interdisciplina de la psicología empieza a tomar auge en los diversos campos relacionados con la salud debido a que los factores psicosociales y de comportamiento, como Postigo y Medina (1994) nos mencionan, empezaron a ganar protagonismo a tres niveles: *a)* en la etiología y patogénesis de distintas enfermedades físicas; *b)* en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y sus consecuencias sintomáticas, y *c)* en la prevención de la enfermedad, así como en la promoción de las conductas saludables.

La concepción biopsicosocial de la persona, su salud y su enfermedad constituyen la base de esta nueva interdisciplina de la psicología, la cual es definida por la OMS como “área de la psicología que tiene como objetivo fundamental la aplicación de los conocimientos, métodos de investigación y técnicas de evaluación de la psicología científica, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, así como a la promoción y mantenimiento de la salud”. (Postigo y Medina, 1994, p. 13).

Es así como uno de los fundamentos primordiales de la psicología de la salud es el que lo importante ya no es lo que la gente *tiene*, sino lo que *hace*; por ello es que el *comportamiento* y los *estilos de hábitos* son la base de esta disciplina considerándolos como el principal contribuyente del status de salud, y así es que el *aprendizaje de nuevas conductas* se convierte en la base de los tratamientos.

Entonces, la aparición, desarrollo y aplicación del análisis funcional de la conducta; la aplicación de la terapia de comportamiento a un gran número de problemas de salud

y, otras diferentes modalidades de terapias, han abierto la posibilidad de que las intervenciones psicológicas pueden ser recomendadas como alternativas o como complemento a la intervención biomédica.

Como el comportamiento es esencial en el campo de la psicología de la salud, cualquier tipo de investigación sobre la salud es imposible sin conocer el contexto psicológico y social de la persona, con lo cual se señala que la psicología de la salud se basa en cuatro suposiciones básicas (Reig, Rodríguez y Mirá, 1987; citado por Postigo y Medina, 1994, p. 19):

1. Ciertos comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades, es decir, la conducta es un factor de riesgo;
2. La modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud;
3. El comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad, y,
4. Las intervenciones psicológicas pueden resistir un análisis de costo- utilidad/ eficacia.

Así mismo, los principales objetivos de los psicólogos de la salud se pueden resumir en los siguientes cuatro puntos, (Postigo y Medina, 1994, p. 21):

- a.** El psicólogo de la salud está interesado por los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud;
- b.** Los psicólogos de la salud también estudian los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento;
- c.** Los psicólogos de la salud enfocan su atención sobre la etiología y los correlatos de la salud, enfermedad y disfunciones, y
- d.** Los psicólogos de la salud están interesados en el impacto de las instituciones sanitarias y de los

profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes; y desarrollan recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

Y las principales áreas en las que se desenvuelve o interesa el psicólogo de la salud son:

1. Los comportamientos como factores de riesgo para la salud;
2. El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos;
3. Las cogniciones acerca de la salud-enfermedad;
4. La comunicación, toma de decisiones y adherencia;
5. El medio en el que se produce el tratamiento, incluyéndose las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas a las que los pacientes se someten, y
6. El afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.

Dado que la activación emocional y las creencias de una persona sobre su salud interfieren en los hábitos saludables de la misma es que existen dos aproximaciones teóricas sobre el concepto de conducta de salud. (Amigo, Fernández y Pérez, 1998). Éstas son: el *modelo de la creencia sobre la salud* (MCS), basado en la premisa de que los cambios en las actitudes y las creencias de las personas son los prerrequisitos necesarios para provocar cambios en las conductas de salud, y la *teoría del aprendizaje*, según la cual los hábitos sanos son conductas aprendidas y, por consiguiente, su adquisición, mantenimiento y modificación están regulados por los principios de aprendizaje.

El MCS se fundamenta en dos factores básicos: por una parte, “la percepción de *susceptibilidad* personal a la enfermedad, y por otra, la *severidad* percibida de las consecuencias de la enfermedad. Con la presencia de estos dos factores es que se da pie a la aplicación del principio básico de la psicología de la salud, es decir, de la *prevención*, la cual consiste en la estimulación de conductas de previsión que consiste en convencer a la población de su susceptibilidad a determinadas enfermedades. Para llevar a acabo esta función, se utilizan diferentes técnicas como lo son las cruzadas informativas, campañas en los medios de comunicación, y la misma promoción de la salud en los contextos clínicos, donde específicamente se utilizan como técnicas psicológicas el biofeedback, el condicionamiento operante, técnicas cognitivas y de autocontrol, programas de manejo del stress, y el entrenamiento en habilidades sociales”. (Amigo, et al., 1998, pp. 307-309).

Así como la modalidad central de la psicología de la salud es la *prevención*, es importante mencionar que también se toman en consideración diversas fases que van desde la *promoción* de la salud hasta la *rehabilitación* y el *cuidado* de paciente con diferentes padecimientos. Teniendo como temas principales la salud mental, el manejo psicológico de las enfermedades crónico- degenerativas y las adicciones.

Y es así como con la revisión de estadísticas, podemos notar que en América Latina, a pesar de presentar un rápido crecimiento en el área de la psicología de la salud. Es como se observa que a partir de la década de los ochenta, fue Brasil el primer país que creó las residencias en esta área; mientras que en Chile apenas se empieza a esbozar, y contradictoriamente, Cuba es el país con mayor tradición en esta área; mientras que en México no fue sino hasta 1992, cuando el Instituto Nacional de Salud Pública de la Secretaria de Salud (Rodríguez y Russel, 1998) lleva a cabo el programa de Residencia de Atención Integral a la Salud en el que se forman psicólogos de la salud.

A pesar de que la atención a la salud representa una de las prioridades más importantes en nuestro gobierno, no se le brinda la seriedad necesaria, ya que en México solamente el 55% de la población total tiene derecho a alguna de las

instituciones de seguridad social; mientras que el 6% se encuentra sin cobertura oficial de servicios de salud. (Rodríguez y Russel, 1998).

Consideramos de suma importancia mencionar que la prestación de servicios de salud en México están organizados en tres niveles de atención:

- a. *Primer Nivel:* se refiere al enlace entre la población y el sistema de atención a la salud, en el cual se llevan a cabo actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, así como de diagnóstico y tratamiento;
- b. *Segundo Nivel:* que incluye el ofrecimiento de servicios en clínicas de especialidades y hospitales generales, los cuales atienden los problemas de salud que requieren del uso de tecnología de mediana complejidad, y,
- c. *Tercer Nivel:* se refiere a la atención ofrecida a través de subespecialidades y se lleva a cabo en unidades hospitalarias altamente especializadas como son los institutos de salud.

Es entonces que el hospital se convierte en el principal centro de la atención médica y se da lugar al establecimiento de un seguro obligatorio o voluntario de enfermedad, debido a investigaciones llevadas a cabo por grupos interesados en ampliar la distribución de cuidados médicos. (Rogers, 1965).

Por lo tanto, las profesiones médicas, paramédicas y psicológicas se organizan mejor, las especialidades médicas se dan con mayor precisión y la psicología ocupacional y clínica adquieren más importancia.

Es en consecuencia a los problemas creados por el aumento de población y la prolongación del promedio de vida, los altos costos tecnológicos y la más amplia distribución de los servicios de salud, que los médicos y psicólogos deben hacer frente a estas nuevas demandas, abriendo así el campo de inserción de los psicólogos a las instituciones de salud.

## Capítulo II

# HISTORIA DE LA INSTITUCIÓN Y FUNCIÓN DEL PSICÓLOGO EN EL ÁREA DE LA SALUD

### 2.1 Antecedentes del Instituto Mexicano del Seguro Social

Tomando en consideración los campos de acción de la psicología, se observa que la psicología de la salud es un área que está en constante crecimiento, por lo que el presente proyecto tiene como finalidad presentar una descripción de las labores que el psicólogo realiza dentro de una institución pública de salud.

El Instituto Mexicano del Seguro Social nace en 1943 en respuesta a las aspiraciones de la clase trabajadora. Actualmente, la ley señala que la seguridad social tiene como finalidades el garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado. Así mismo, el Seguro cuenta con diversos ramos, cada uno de los cuales es distinto porque protegen al trabajador y sus beneficiarios contra situaciones diferentes, mediante prestaciones en especie y en dinero. Estos ramos son:

- Seguro contra Enfermedades y Maternidad
- Seguro de Riesgos de Trabajo
- Seguro de Invalidez y Vida
- Seguro de Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, y
- Seguro de Guarderías y Prestaciones Sociales.

Es así entonces como la misión del Instituto Mexicano del Seguro Social es otorgar a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como la enfermedad, la invalidez, la vejez o la muerte.

La protección se extiende no sólo a la salud, prerequisite indispensable de toda actividad, sino también a los medios de subsistencia cuando alguna enfermedad impide en forma temporal o permanente, que el trabajador continúe ejerciendo su actividad productiva. Un conjunto de servicios sociales de beneficio colectivo complementa las prestaciones fundamentales y se orienta a incrementar el ingreso familiar, aprender formas de mejorar los niveles de bienestar, cultivar aficiones artísticas y culturales y hasta propiciar una mejor utilización del tiempo libre. La Ley del Seguro Social expresa así todo lo anterior: la seguridad social tiene por finalidad, garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo. El principal instrumento de la seguridad social es el Seguro Social, cuya organización y administración se encarga precisamente a la institución llamada IMSS.

La misión implica una decidida toma de postura en favor de la clase trabajadora y sus familiares; misión tutelar que va mucho más allá de la simple asistencia pública y tiende a hacer realidad cotidiana el principio de la solidaridad entre los sectores de la sociedad y del Estado hacia sus miembros más vulnerables.

Por otra parte, los únicos antecedentes de la legislación moderna sobre aseguramiento de los trabajadores y de sus familiares se encuentran a principios de este siglo, siendo dos disposiciones de rango estatal: la Ley de Accidentes de Trabajo del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo, del Estado de Nuevo León, expedida en Monterrey el 9 de abril de 1906. En estos dos ordenamientos legales se reconocía, por primera vez en el país, la obligación para los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores.

Es así como al iniciarse las actividades del nuevo organismo, su primer director, Vicente Santos Guajardo y una planta de empleados mínima se dedicaron, entre otras cosas, a realizar los proyectos e investigaciones que implicaba la instrumentación de las diversas ramas de aseguramiento; a estudiar las experiencias de otros países en el campo de la seguridad social para aprovecharlas en México.

Así mismo, también se enfocaron a divulgar el sentido y las posibilidades de la seguridad social y a realizar una intensa labor de convencimiento, tanto entre los trabajadores como entre los empresarios, acerca de los alcances de la ley y de las ventajas que reportaría a unos y a otros su aplicación. Se determinó que el Seguro Social empezaría a funcionar en el Distrito Federal a partir de enero del año siguiente.

A pesar de las diversas problemáticas por las cuales ha atravesado el IMSS a lo largo del tiempo y de que las crisis económicas de los últimos tiempos han afectado seriamente la situación financiera y, por consiguiente, operativa de la Institución, durante todo el año 1995 se realizó un profundo proceso de auto-examen, para detectar todo aquello que había dejado de ser funcional y buscar, con la colaboración de los involucrados y de la población en general, la solución a los problemas de fondo.

De este proceso surgió la iniciativa de una Nueva Ley del Seguro Social, aprobada por el Congreso de la Unión y publicada en el Diario Oficial en diciembre del mismo año 1996. La Nueva Ley entre otras cosas modifica radicalmente el sistema de pensiones para asegurar su viabilidad financiera y una mayor equidad en el mediano y largo plazos.

Por lo pronto, la población derechohabiente asciende a 36 millones 553 mil personas. El total de asegurados permanentes llegó a 10 millones 729 mil y el total de pensionados es de un millón 579 mil.

Con 53 años de servicios ininterrumpidos, el IMSS ha superado los momentos más difíciles que se derivaron ya sea de su propia situación o de los eventos nacionales. A pesar de las deficiencias, sigue siendo recurso invaluable para la salud y el bienestar de los trabajadores mexicanos y se enfrenta decididamente al reto de construir la seguridad social mexicana del próximo siglo.

Actualmente, el Dr. José C. Valdés Durón es el Director de la Región Centro del país, área que se encuentra conformada por los Estados de Querétaro, Morelos, Guerrero, Estado de México y el Distrito Federal, siendo éste último la sede; además de encontrarse en la Región "La Raza".

### **2.1.2 Características del Hospital General de Zona No. 58**

La historia de la creación de este centro se remonta a 1974 cuando por el aumento de la población derecho- habiente de la zona de Cd. Satélite, fue evidente la necesidad de la construcción de un hospital en esta zona, y fue así como se colocó un letrero en la colonia Las Margaritas, en el que se mencionó que en ese lugar se iba a construir una clínica T-1 para cien mil derecho-habientes, la que finalmente se inauguró el 4 de mayo de 1975.

El primer director de dicha unidad fue el Dr. Guillermo Ruíz Rojas, y durante su mandato el servicio de Urgencias contaba únicamente con tres médicos en el turno matutino y tres en el vespertino, y dos por cada guardia nocturna; el servicio de Rx contaba con un médico radiólogo; tres técnicos en el turno matutino y dos en el vespertino, y únicamente se trabajaba con dos pisos de hospitalización.

Posteriormente, en 1977 asumió la dirección el Dr. David Dávila López, quien durante su gestión abrió el Servicio de Pediatría.

Así, les sucedieron diversos directores quienes llevaron a cabo modificaciones importantes dentro del hospital, como la apertura completa de los pisos de hospitalización, (que actualmente son cuatro: Pediatría, Medicina Interna y Diálisis, Terapia Intensiva y Cirugía) el aumento de médicos y derecho- habientes, la conversión del servicio de Medicina Familiar de siete a cinco días, etc., siendo actualmente el director de esta unidad el Dr. Ulises Juárez García, quien tiene aproximadamente 4 años en este puesto.

En 1979 bajo la dirección del Dr. Luis Mario Villafaña Guiza se crearon las plazas de Subdirección matutina y vespertina, ocupadas por el Dr. José Cervantes Chávez y el Dr. Miguel Ángel Gutiérrez Pérez respectivamente.

Ahora la Subdirección del turno matutino está bajo el cargo del Dr. Ángel Mireles. En el presente, el personal que labora en el HGZ No. 58 está integrado por un total de

870 personas; 514 de los cuales pertenecen al área médica, dentro de la que se encuentran Médicos, Paramédicos, Químicos, Laboratoristas, Dietistas, Enfermeras y Técnicos en Rx.

El resto del personal pertenece a las áreas administrativas, intendencia, etc. Finalmente, el No. de pacientes atendidos asciende aproximadamente a 378, 571, y existe un número total de 155 camas dentro del hospital.

Además de la falta de algunos servicios de especialidad, los médicos que laboran aquí consideran que uno de los mayores problemas que afrontan es la carencia de recursos (insumos, medicamentos, aparatos) y personal insuficiente.

Actualmente los servicios y departamentos con los que cuenta el HGZ No. 58 son:  
(Ver Anexo 1).

- |                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| - Cirugía                      | - Medicina Familiar                  |
| - Medicina Interna             | - Medicina del Trabajo               |
| - Medicina Preventiva          | - Pediatría                          |
| - Urgencias                    | - Laboratorio                        |
| - Rx                           | - Enfermería                         |
| - Trabajo Social Médico        | - Control de Prestaciones            |
| - Farmacia                     | - Dietología                         |
| - Subdirección Administrativa  | - Depto. Contraloría                 |
| - Ofna. Contabilidad           | - Ofna. Costos, Metas y Presupuestos |
| - Ofna. Control de Inventarios | - Depto. Personal                    |
| - Ofna. Control Operativo      | - Depto. Servicios de Apoyo          |
| - Ofna. Abastecimiento         | - Ofna. Servicios Generales          |
| - Depto. Conservación          | - Subresidencia de Conservación      |
| - Patología                    | - Diálisis Ambulatoria               |
- Departamento de Enseñanza e Investigación Médica

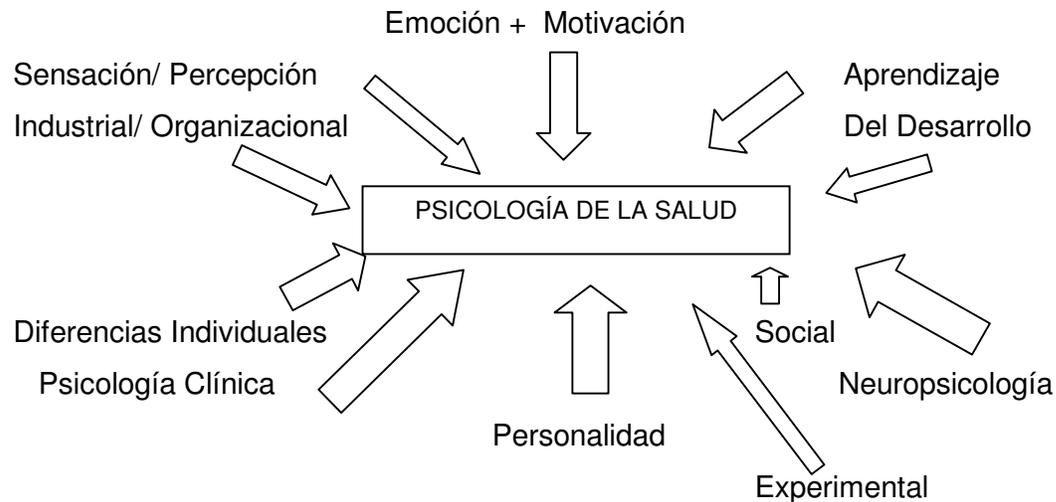
Dentro de este último departamento es donde se llevan a cabo los congresos, simposiums, cursos y conferencias para el personal que labora dentro y fuera del hospital y para los estudiantes. El jefe de esta área es el Dr. Francisco David Trujillo Galván, quien facilitó nuestro ingreso para laborar en el servicio de Psicología.

El servicio de Psicología está atendido por estudiantes de los últimos semestres de la carrera, ya que es un programa que se cubre como parte del Servicio Social de la misma, por lo que la institución aún no lo reconoce como un Departamento oficial del hospital.

## **2.2 Psicología de la Salud**

Es así como con las actividades realizadas dentro de este hospital se cubrió el área de la psicología de la salud, la cual, como ya se ha mencionado anteriormente, es “el conjunto de las contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad; para la identificación de la etiología y los correlatos diagnósticos de la salud, enfermedad y las disfunciones relacionadas, así como también para el análisis y mejora del sistema de cuidado y mejoramiento de la salud”. (Buela- Casal, 1991, pp. 5 y 6).

Al estar inmersos en un espacio donde lo más importante es el mejoramiento y mantenimiento del estado de salud físico y emocional de los pacientes, es importante mencionar que la psicología de la salud abarca diversos aspectos y/ o áreas a los cuales debe considerar e integrar en su estudio, tal y como se observa en el siguiente esquema:



El tomar en consideración estas áreas dentro del estudio y aplicación de la Psicología de la Salud es útil para dar respuesta a los siguientes cuestionamientos existen dentro de este campo (Buela- Casal, 1991, p. 6):

1. ¿Cuáles son las bases fisiológicas de la emoción? Y ¿cómo están relacionadas con la salud y la enfermedad?
2. ¿Pueden ser identificados los factores de riesgo comportamentales de la enfermedad? y ¿cuáles son sus mecanismos de acción?
3. ¿Qué es estrés?
4. ¿Qué factores contribuyen al desarrollo de los comportamientos de salud y de enfermedad?
5. ¿Qué papel pueden jugar los psicólogos en el sistema del cuidado de la salud?

Generalmente, los psicólogos de la salud son entrenados en psicología clínica, social, clínica infantil, etc., pero se especializan en problemas e intervenciones relacionados con la salud, y es por ello que generalmente trabajan en hospitales. Por lo tanto, los psicólogos de la salud comúnmente utilizan como tratamiento técnicas especializadas tales como entrenamientos en relajación, biofeedback, estrategias de autocontrol, etc., además del uso de la psicoterapia en el curso de todo el proceso de tratamiento. (Plante, 1999).

Considerando estas sub-áreas de la Psicología de la Salud es necesario comenzar por una breve descripción de las funciones que el psicólogo de la salud realiza.

De inicio, es prudente mencionar que es considerado como un especialista en el área de la Medicina Conductual; o sea, es un experto en el campo del *comportamiento humano*, y de hecho Harrsch (1992) lo define como “el profesional que enfoca su actividad a la *evaluación, prevención y tratamiento* de personas o grupos que sufren de problemas emocionales, de adaptación y los derivados de su interacción con el ambiente, empleando diferentes técnicas y aplicando los principios de la psicología al individuo, con el fin de reducir las tensiones para que la persona pueda lograr una mayor y mejor adaptación a la realidad”.

Mientras tanto, Urbina (1989, pp. 285 y 286) menciona que la función del psicólogo de la salud consiste en “*identificar, clasificar y analizar* problemas en el área de salud mental; evaluar programas de prevención y solución de éstos”; por lo cual, sus actividades se pueden agrupar en cinco categorías:

- a. Evaluación y diagnóstico;
- b. Consultoría y Psicoterapia;
- c. Prevención;
- d. Investigación, y
- e. Selección, entrenamiento y supervisión.

Por otro lado, existen opiniones en cuanto a que los psicólogos hacen mucho más que simplemente hablar con las personas que están preocupados o agobiados por problemas personales. Dada esta diversidad de actividades, los psicólogos tienden a valorar factores multidimensionales que les permiten ampliar sus campos de trabajo y así, laborar en una amplia gama de ambientes.

Así como Urbina (1989) agrupa las principales actividades de un psicólogo de la salud en cinco principales categorías, se debe mencionar que éstas no son todas, ya que, por ejemplo Plante (1999, pp. 246-249) dice que algunas de las más importantes son:

- a. Investigación
- b. Asesoría y Prevención
- c. Tratamiento
- d. Enseñanza
- e. Consulta
- f. Administración

A pesar de que todas estas son labores realizadas por los psicólogos de la salud, tal vez las más comunes y reconocidas son, por un lado, la de *Prevención y Promoción de la salud*, que consiste en orientar a las personas en la evaluación y valoración de sus comportamientos negativos, los que pueden conducir a la contracción de alguna enfermedad.

Es así como se enseña a los pacientes a adquirir nuevas habilidades para la modificación de sus hábitos; y por el otro lado, la de *Consulta*, la cual se refiere a la aplicación del conocimiento y teorías del comportamiento humano a preguntas y problemas específicos. Plante (1999, pp. 250-252) dice que “esta actividad generalmente incluye la participación de un *consultor* o terapeuta, con conocimientos y habilidades específicas, y un *consultante* o cliente, quien se beneficia de los conocimientos del terapeuta”. Por lo tanto, este proceso se divide en cinco etapas:

1. *Entendiendo la Pregunta:* Antes que nada, el psicólogo clínico debe conocer y medir la situación ante la cual se encuentra para poder llegar a entender la naturaleza del motivo de asistencia a consulta y así, poder establecer las metas de la misma. Esto es, el terapeuta debe determinar si es o no apto y si tiene o no el entrenamiento profesional y experiencia necesarias para brindar una consulta competente.
2. *Valoración:* Una vez que se entendió el motivo de consulta, el psicólogo clínico debe valorar la situación completa antes de ofrecer una intervención. Esta etapa

generalmente incluye entrevistas y a veces, una valoración psicológica profesional. Es entonces que, llevando a cabo esta etapa, el terapeuta efectúa una impresión diagnóstica del problema y las metas de la intervención.

- 3.** *Intervención:* Esta es la etapa en la que el terapeuta brinda los consejos o sugerencias necesarias para el cambio en el paciente. Es decir, esta etapa es la que el cliente espera recibir del terapeuta. Una vez establecida y efectuada la intervención, es recomendable llevar a cabo una evaluación para valorar si la etapa de intervención tuvo los resultados esperados y si se cumplieron o no las metas establecidas en un inicio.
- 4.** *Conclusión:* Una vez que las metas fueron cumplidas, o que el psicólogo clínico llega a determinar por alguna razón que éstas no son alcanzables, se llega a la etapa de conclusión de la terapia, la cual, no siempre es llevada a cabo con el tacto necesario, para lo cual se recomienda tener un cuidado especial.
- 5.** *Seguimiento:* Esta etapa es aconsejable, más que nada para verificar si se han llevado a cabo las cosas que fueron establecidas durante el proceso de consulta, ya que si se define desde el inicio que va a haber una sesión de seguimiento, generalmente se maximizan los logros obtenidos.

El llegar a ser un buen psicólogo de la salud no es fácil, de hecho, es necesario que se tengan determinadas características o habilidades para llevar a cabo esta función; dentro de las más importantes se pueden mencionar: establecer empatía; tener habilidades sociales, facilidad de comunicación y trabajo con otras personas; ser

buenos escuchando; tener la habilidad de cuestionar cosas útiles; habilidad para definir problemas, así como para reunir, interpretar y entender información relevante; así mismo, el psicólogo debe ser lo bastante profesional y ético para mantener el nivel más alto de integridad y competencia.

Así como se deben tener estas habilidades, también es necesario tener en cuenta que al estar trabajando con personas, se pueden llegar a presentar ciertos inconvenientes que imposibilitan la labor del psicólogo, tales como: resistencia de alguna de las partes; falta de cooperación, e inclusive los propios terapeutas pueden ser los causantes de alguna problemática, ya que se puede llegar a dar el caso de que carezcan de las habilidades, conocimientos, experiencia, confianza o integridad necesarios para efectuar un buen trabajo.

Entonces, a pesar de que la psicología de la salud parece ser ya un campo de estudio consolidado, aún siguen existiendo algunos inconvenientes en su práctica, ya que como generalmente se lleva a cabo dentro de campos hospitalarios, se presenta el común problema de la ambigüedad de la función de un psicólogo de la salud, o los conflictos de jerarquía que se presentan con los médicos. (Phares, 1996). Pero aún así, los esfuerzos de prevención ahora se dirigirán no sólo a adultos, sino que se planea que éstos próximamente se encuentren al alcance de niños y sean dirigidos más a la prevención primaria, que a la intervención secundaria o terciaria.

Como uno de los puntos más importantes donde la psicología de la salud ha ido aumentando su campo de trabajo es el de la prevención de enfermedades, lo cual trae consigo beneficios en cuanto al costo salud- enfermedad, en la actualidad se planea que el foco de atención debe cambiar de los consultorios de los psicólogos clínicos a los ambientes de trabajo, ya que los esfuerzos recientes por disminuir los costos de atención a la salud acortarán esta manera tradicional de intervención, y así, la vincularán cada vez más con los esfuerzos por reducir el uso excesivo de servicios médicos que nuestra sociedad está acostumbrada a hacer.

Se puede decir que a pesar de que aún existe una gran brecha entre las promesas y

deseos y los logros efectuados, es importante seguir con esta función e ir ampliando cada vez más el campo de acción de un psicólogo de la salud y no reducirlo simplemente a los hospitales, clínicas o consultorios, así como el continuar enseñando a la población estrategias de autocontrol y autoentrenamiento para ir disminuyendo poco a poco los comportamientos que reducen el bienestar, tanto físico como emocional de las personas.

## CAPÍTULO III

# DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS DENTRO DE LA INSTITUCIÓN

### 3.1 Características de las estrategias terapéuticas utilizadas

La *Intervención en Crisis y Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia (PBIU)* son dos tipos de estrategias que se desarrollaron para resolver distintos problemas psicológicos a raíz de necesidades surgidas en la comunidad. Hoy en día se requieren de una manera más solicitada, ya que debido al ritmo de vida tan agitado que llevamos, dichos modelos nos ofrecen una respuesta y cura más rápida a algún problema que necesitemos resolver. Aunque estos modelos ya existían y se les utilizaba desde tiempo atrás, por ejemplo en la Segunda Guerra Mundial, es en la actualidad cuando se les utiliza de una manera más constante.

Para la utilización de estos modelos terapéuticos, es necesario valorar que las personas se encuentran inmersas en un ambiente que tiene una influencia marcada en sus comportamientos, y para ello, es útil tomar en consideración lo que la psicología de la comunidad establece, ya que como Saxs y Specter (1978) nos mencionan, ésta es descrita como un enfoque utilizado para el tratamiento de los problemas del comportamiento humano que acentúa al papel desempeñado por el ambiente al generar dificultades en la adaptación de las personas.

#### 3.1.1 Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia

La *Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia (PBIU)*, es una estrategia terapéutica que ofrece al paciente una solución a su problema en sólo cinco o seis sesiones de cincuenta minutos cada una.

Se enfoca y selecciona los síntomas principales del paciente y su causa, considerando a éstos como intentos de las personas por solucionar los problemas que se le presentan.

Así, el proceso terapéutico se centra en lo que el paciente ha aprendido de manera incorrecta a lo largo de su vida. (Bellak, 1993).

Si nos remontamos a la historia de la aparición de la psicoterapia breve, podemos observar que se inicia en 1954 con la creación de Special Techniques of Brief Hypnotherapy de Milton Erickson, (Shazer, 1991) donde menciona que la clave de toda psicoterapia breve es utilizar lo que el paciente trae consigo para satisfacer sus necesidades, de modo tal, que pueda lograr una vida satisfactoria por sí mismo.

Con el transcurso del tiempo hubo un período en el que no se presentaron avances significativos en relación a este modelo terapéutico, sin embargo, en los últimos años de la década de 1960 y principios de 1970, se produjeron desarrollos, ya que, por ejemplo, en 1968 se estableció el Centro de Terapia Breve en el Instituto de Investigación Mental en California, en el que se trataban los *problemas*, la forma en que persisten y la *manera de solucionarlos*. (Shazer, 1991).

Para que la intervención bajo un modelo de psicoterapia breve tenga resultados satisfactorios no es necesario un conocimiento a fondo de la queja o problema del paciente; simplemente, lo que se necesita es que la persona envuelta en una situación problemática haga *algo diferente*, es decir, las intervenciones en psicoterapia breve tienen la finalidad de plantear situaciones en las que el paciente se comporte de diferente manera.

Así, aunque el psicólogo instruye al paciente para que realice una tarea, con frecuencia el terapeuta sabe tan poco como el paciente sobre el comportamiento espontáneo

específico que éste puede desarrollar en el proceso de poner en práctica las instrucciones. La meta inmediata, entonces consiste en plantear una tarea que ponga al paciente en una situación en la que se vea obligado a un comportamiento diferente, o sea, a que realice un pequeño cambio en su comportamiento.

El que la psicoterapia breve se base en la idea de que sólo es necesario un cambio pequeño, y de que por consiguiente, se lleve mediante metas razonables, facilita el desarrollo de una relación cooperativa entre terapeuta y cliente. Según Shazer (1991) una diferencia principal entre la terapia breve y otros modelos reside en los resultados obtenidos por terapeutas que practican la terapia breve en cuanto a que han comprobado que por más compleja que sea una situación, un pequeño cambio en el comportamiento del paciente puede generar diferencias significativas.

Tanto la experiencia clínica como la investigación confirman que un pequeño cambio puede conducir a otros cambios y, por lo tanto, a una mejoría adicional. Además, se ha visto que cuanto mayor sea la meta o el cambio deseado en un proceso terapéutico, hay mayor probabilidad de fracaso.

Por lo tanto, al sólo esperar cambios pequeños, los beneficios de la PBIU se pueden extender más allá del centro de atención inmediata de la terapia, ya que toda la estructura adaptativa del paciente puede cambiar favorablemente en una especie de reacción psicodinámica en cadena, como resultado de las intervenciones limitadas.

La PBIU se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que se presenta. Así, se intenta encontrar el punto de mayor ventaja desde el cual comprender al paciente. Se debe intentar establecer un punto central para comprender en forma precisa diferentes factores como por qué el paciente acude a consulta, cuándo inició su problema etc. Se intenta establecer continuidad entre los síntomas o problemas de personalidad que se presentan y los conflictos que éstos le ocasionan.

Por ello, la PBIU maneja que entre más limitada sea la capacidad para enfrentar situaciones, mayor será el trastorno que exista en la personalidad y viceversa. La conducta para enfrentar situaciones es aprendida y fundamentada en un sustrato biológico, dentro de un medio social étnico y familiar.

En este sentido, estos comportamientos aprendidos pueden ser modificados por factores de reaprendizaje enseñados en psicoterapia.

El tratamiento es un intento por ayudar a la persona a obtener mejores recursos para enfrentarse a la realidad. Por lo tanto, toda la psicoterapia es una forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje. “La PBIU se enfoca en lo que la persona ha aprendido de manera deficiente y lo que necesita desaprenderse y reaprenderse, del modo más eficaz posible”. (Bellak, 1993, p.4).

Wells y Giannetti (1993, pp. 5-14) mencionan que el tratamiento en psicoterapia breve puede ser dividido en tres etapas:

- a. *Compromiso:*** a pesar de que la mayoría de los terapeutas no hacen una diferencia marcada entre la etapa de diagnóstico y la de tratamiento, todos ellos reconocen que existe un número importante de consideraciones que se deben tomar en cuenta durante el contacto inicial con el paciente, ya que de esta manera se puede identificar y entender mejor el problema de éste. Dentro de esta etapa, lo que se hace es que el terapeuta guía al paciente a que acepte su problema para que mediante acciones se lleve a cabo el diagnóstico correcto, ya que la valoración del paciente en este tipo de modelo terapéutico no es vista como un proceso estático, sino más bien, como el resultado de una interacción dinámica entre terapeuta y paciente, donde se establece una relación de colaboración.
- b. *Intervención:*** como el postulado central de los terapeutas de psicoterapia breve es que los cambios más importantes en el paciente se

llevan a cabo fuera del contexto de la terapia, en esta etapa es que los pacientes aprenden a lidiar de manera activa con sus problemas, es decir, aprenden que ellos son los únicos que tienen la responsabilidad y capacidad de confrontar sus problemas. Esto se lleva a cabo mediante determinadas actividades: que el paciente adquiera creencias y actitudes funcionales en cuanto a sí mismo y su ambiente, esto, centrándose más que en el problema, en las soluciones; asignación de tareas; entrenamiento de habilidades asertivas, etc. El punto es que el paciente reconozca su problema para que pueda adquirir aptitudes que lleve fuera del proceso terapéutico.

- c. *Terminación*: lo más importante en esta etapa es como terapeuta saber cómo y cuándo dar fin al tratamiento, lo que se lleva a cabo mediante la aclaración de que el paciente es libre de regresar en un futuro si lo considera necesario y evitar circunstancias que lleven al terapeuta a alargar más de lo necesario el proceso.

La utilización de psicoterapia breve ha dado buenos resultados dado que además de ser un proceso de corta duración, se ha visto que gracias a este modelo, los pacientes aprenden a adquirir habilidades que los llevan a la resolución de problemas futuros fuera del contexto terapéutico.

### **3.1.2 Intervención en Crisis**

La estrategia terapéutica de ***Intervención en Crisis***, como su nombre lo indica es la intervención inmediata por parte del terapeuta en un momento crítico para alguna persona. El concepto de crisis es una parte fundamental en la construcción de cualquier teoría en el entendimiento del crecimiento y desarrollo humanos.

Con frecuencia la gente piensa que la crisis es algo repentino, el más negativo de los

sucesos que debería ser evitado, cosa que es imposible dadas las diversas transiciones que vivimos a lo largo de nuestro desarrollo, por ejemplo, la vida adulta, ya sea neurótica o normal; saludable o enfermiza; desde una perspectiva optimista o pesimista, es una etapa en la que tenemos que enfrentar crisis anteriores como: cambiar de escuela, superar el divorcio de los padres, la pérdida del primer amor, o el tener que enfrentarse a una terrible enfermedad.

La crisis se ha llegado a entender como el momento en que todo está en peligro. Slaikeu (1996, p. 16) define una *crisis* como “un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y, por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo”.

Las personas que pasan por algún momento de estos, necesitan Intervención en Crisis, lo que involucra un período de psicoterapia corto dirigida a ayudar a los individuos trabajando a través de sucesos traumáticos o desequilibrados que puedan llegar a surgir, para así, poder enfrentar el futuro en vez de cerrarse a las perspectivas.

El origen de la intervención en crisis se remonta a los resultados de los trabajos efectuados por Lindemann (1944, citado por Slaikeu, 1996) tras un incendio ocurrido en 1942 en Boston, en donde él desempeñó un papel activo en la ayuda a los sobrevivientes de este incendio.

Su informe clínico de los síntomas psicológicos de los pacientes representó la base de la teoría de este modelo terapéutico, ya que ayudó a la concepción de la trascendencia de las crisis vitales en la psicopatología.

Gracias a estos estudios, se ha observado que las crisis en el transcurso de la vida juegan un papel muy importante, puesto que las transiciones tratadas en forma deficiente conducen a desorganizaciones y posibles enfermedades mentales, por lo tanto, la *prevención* se convierte en el punto central de esta estrategia. Es así que la psiquiatría

preventiva de Caplan y su enfoque sobre la intervención temprana, lo llevaron a centrarse en el estudio de la salud mental y a que los profesionales de esta área jugaran el papel de asistentes de maestros, enfermeras, clero, consejeros u orientadores, etc., en la detección y tratamiento de crisis en centros comunitarios.

Y es entonces que Zaxs y Specter (1978, p. 23) definen la *salud mental comunitaria* como:

“la administración y aportación de una diversidad de servicios de diagnóstico y tratamiento, atención hospitalaria y el desarrollo de programas de información de la salud mental para la población”.

Posteriormente, a principios de la década de los 60 el movimiento de prevención creció rápidamente en Estados Unidos con la creación de centros de atención a la comunidad centrados en la teoría de Caplan. (Slaikeu, 1996).

Junto con la aparición de estos centros de prevención, se presentó la creación de centros comunitarios de atención a la salud mental, los cuales abarcaban las actividades envueltas en el descubrimiento, desarrollo y organización de cada instalación para la promoción de la salud mental, prevención y control de la enfermedad mental.

Es así como mientras los programas de prevención se desarrollaban durante las décadas de 1960 y 1970, comenzó a surgir bibliografía sobre intervención en crisis con informes de casos sobre cómo ayudar a individuos y familias en crisis. Se observó así, que los tratamientos basados en intervención en crisis eran económicos debido a su corta duración. Pero más que economizar, el interés en la utilización de este modelo estuvo enfocado en la conceptualización de la crisis, ya que el dolor emocional y el sufrimiento están limitados en tiempo y puede presentar tanto resultados positivos, como negativos a largo plazo.

El modelo de Intervención en Crisis es definido como: “un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de debilitar los efectos (estigmas emocionales, daño físico) se aminore y la

probabilidad de crecimiento (nuevas habilidades, perspectivas en la vida, más opciones de vida) se incrementa". (Slaikeu, 1996, p.10).

Desde sus inicios a finales de la década de 1940, la intervención en crisis ha tenido un enfoque *preventivo*, y de hecho, en el entorno de la salud comunitaria, la prevención puede tomar tres formas:

**1.- Prevención primaria:** dirigida a reducir la incidencia de trastornos.

**2.- Prevención secundaria:** reduce los efectos dañinos de los sucesos ocurridos.

**3.- Prevención terciaria o Tratamiento:** repara el daño hecho después de que el suceso original se ha presentado; incluye las estrategias encaminadas a reducir el deterioro y los trastornos emocionales que resultan de una resolución deficiente de las crisis en la vida. Su propósito es reparar el daño ocasionado por a pacientes psiquiátricos.

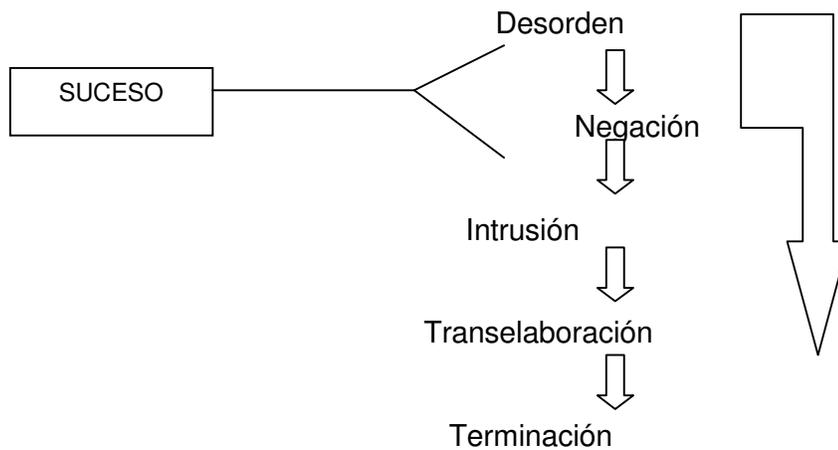
Esto conduce a un amplio margen de técnicas de psicoterapia y farmacológicas, primordialmente en el ámbito de los practicantes de salud mental.

Es así que se puede observar que la Intervención en Crisis es *prevención secundaria*, ya que es un proceso que tiene lugar después de que los sucesos críticos de la vida han ocurrido.

A continuación, se presenta un cuadro proporcionado por Slaikeu (1996, p. 12) en donde explica de manera más clara la función de estos tres aspectos:

	<b>Prevención Primaria</b>	<b>Prevención Secundaria</b>	<b>Prevención Terciaria</b>
<b>Objetivos</b>	Reducir la incidencia de trastornos mentales; mejorar el crecimiento y desarrollo humano a través del ciclo vital.	Reducir los efectos debilitantes de la crisis vital; facilitar el crecimiento por medio de la experiencia obtenida de la crisis.	Reparar el daño ocasionado por crisis no resueltas, es decir, tratamiento de mentales/ emocionales.
<b>Técnicas/ Estrategias</b>	Educación pública; cambios en la administración en relación con los tenses ambientales. Enseñar a los niños habilidades para resolver problemas.	Intervención en crisis: primeros auxilios psicológicos, terapia para crisis.	Psicoterapia a largo plazo; reentrenamiento; medicación; rehabilitación.
<b>Poblaciones Asediadas</b>	Todos los seres humanos, con atención especial a los grupos de alto riesgo.	Víctimas de experiencias de crisis y sus familiares.	Pacientes o casos psiquiátricos.
<b>Oportunidad</b>	Antes de que los sucesos de crisis ocurran.	Inmediatamente después del suceso de crisis.	Años después del suceso de crisis.
<b>Ayudantes</b>	Gobierno, escuelas, iglesias, medios de comunicación.	Profesionales a cargo, familiares, psicoterapeutas y consejeros.	Profesionales de salud y salud mental en hospitales y clínicas.

Uno de los aspectos más importantes que se debe tomar en cuenta al momento de utilizar la intervención en crisis, es la manera en cómo la persona resuelve sus crisis, es decir, las etapas por las cuales el sujeto pasa para poder llegar a la resolución de la crisis. Horowitz, (1976); citado por Slaikeu, (1996, pp. 24-26) proporciona un modelo para la explicación de estas etapas:



La primera reacción de las personas ante un hecho amenazante es el *desorden*, refiriéndose a las reacciones iniciales en el impacto del suceso, y que generalmente son una reacción emocional como el llanto, angustia, grito, etc. La segunda etapa, la *negación* tiene como finalidad la disminución del impacto recibido, puede ir acompañada del entorpecimiento emocional, de no pensar en lo que sucedió, o la planeación de actividades, actuando como si nada hubiera pasado.

La *intrusión* es la etapa que incluye la abundancia involuntaria de ideas de dolor por los sentimientos acerca del suceso; mientras que la *translaboración* es el momento en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de crisis, Finalmente, la *terminación* es la etapa que conduce a la integración de la crisis o suceso dentro de la vida del individuo.

El suceso ya ha sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos han sido ya identificados y expresados, y la reorganización ha sido consumada o iniciada.

Al haber pasado por estas etapas después de la presentación de un suceso de crisis el individuo se encuentra ya en la etapa en la que los efectos de éste pueden ser observados, y se ha visto que generalmente se presenta uno de estas tres opciones: el cambio para mejorar, empeorar, o regresar a niveles previos de funcionamiento.

Un paciente que necesita Intervención en Crisis generalmente representa un peligro para los demás o para sí mismo, ya que generalmente son personas que presentan una afectación importante del juicio y raciocinio, tienen síntomas de violencia o presentan intentos de suicidio. Entonces es necesario efectuar una evaluación mediante una entrevista, dentro de la que se deben considerar aspectos importantes, tales como: (Kaplan y Sadock, 1996, p. 15)

- a. Conocer todo lo que sea posible de los pacientes antes de entrevistarlos
- b. Estar alerta ante los riesgos de violencia inmediata
- c. Cuidar la seguridad de los alrededores físicos
- d. Procurar establecer una alianza con el paciente
- e. Prevenir la violencia hacia sí mismo o hacia otros

- f. Reasegurar, tranquilizar o ayudar al paciente
- g. Descartar trastornos orgánico- cerebrales.

Además de tomar en cuenta estos puntos, durante la entrevista es necesario obtener información acerca de los datos demográficos del paciente, (nombre, edad, sexo, estado civil, profesión, etc.) la queja principal del mismo, antecedentes de enfermedades anteriores y su historia personal.

Por lo tanto, el objetivo esencial de la terapia o intervención en crisis consiste en la integración del suceso de crisis en la vida cotidiana, lo que significa que la crisis sea resuelta y que el suceso junto con sus consecuencias tomen sus lugares apropiados junto con los demás sucesos decisivos de la vida del individuo, para formar parte de una experiencia evolutiva, y así, ayudar a la persona a que retome el nivel de funcionamiento que tenía antes de presentarse la crisis.

### **3.2 Reseña de las actividades realizadas**

A continuación se presenta el trabajo hecho dentro del HGZ No. 58, incluyendo las principales funciones que teníamos como psicólogas de este hospital, así como su organización y un boceto de los principales problemas emocionales asistidos, y su respectivo tratamiento.

#### **3.2.1 Funciones**

Nuestras funciones desempeñadas dentro del hospital fueron las siguientes:

- a. Atención psicológica a pacientes en crisis que estaban en el servicio de Urgencias.
- b. Atención a pacientes internados o canalizados por los médicos o por las Trabajadoras Sociales.
- c. Asistencia a familiares de algunos pacientes.

- d. Valoración psicológica y psicométrica a pacientes canalizados por el servicio de Medicina del Trabajo.
- e. Planeación y realización de conferencias a pacientes y/o familiares del servicio de Diálisis.
- f. Evaluación.
- g. Tratamiento.
- h. Manejo de expedientes.
- i. Seguimiento de casos.

### **3.2.2 Organización**

Para llevar a cabo nuestras actividades dentro del hospital, se planteó el siguiente Objetivo General.

#### **a) Objetivo General**

Proporcionar atención psicológica a derechohabientes del HGZ No. 58 utilizando Intervención en Crisis y PBIU como estrategias terapéuticas.

#### **b) Recursos Materiales**

- Se contaba con dos cubículos que fueron adaptados para utilizarlos como consultorios, éstos tenían un escritorio y dos sillas cada uno.
- Como recurso opcional se llegaron a utilizar algunas pruebas psicométricas como el Test Gestáltico Visomotor de Bender; el HTP; el Test Proyectivo de Machover; CAQ.

### **3.3 Análisis de los casos**

Para poder brindar un tratamiento efectivo en el manejo terapéutico de las personas fue necesario definir el padecimiento o problema emocional que los pacientes presentaban, es decir, el motivo de consulta, por ello es que al haber tenido un total de 87 casos durante nuestra estancia en el hospital, podemos concluir que los principales problemas que se presentaron fueron:

- Depresión y Problemas de Autoestima
- Ansiedad y estrés
- Intentos de suicidio
- Duelo

- Bulimia
- Enfermedad física
- Evaluación de pacientes para determinar incapacidad laboral

La clasificación cuantitativa del total de casos de estos padecimientos se dio de la siguiente manera: (Ver anexo 2).

<b>Padecimiento</b>	<b>Número de Casos</b>
Depresión, problemas de autoestima y enfermedad Física	43
Ansiedad y Estrés	27
Intentos de suicidio	10
Evaluación de pacientes para determinar incapacidad laboral	4
Duelo	2
Bulimia	1

La atención brindada a los pacientes del servicio de Urgencias estuvo basada en la aplicación de Intervención en Crisis, que debe tomar en cuenta que las crisis implican un desequilibrio y altos riesgos; por lo que es necesario proporcionar de manera primordial un apoyo, reducir el peligro de muerte y enlazar a la persona en crisis con los recursos de ayuda.

Para llevar a cabo esto, se aplicaron los Primeros Auxilios Psicológicos, teniendo como meta principal reestablecer el enfrentamiento inmediato, ya que como Caplan (1964); citado por Slaikeu, (1996) lo menciona, las crisis se caracterizan por un colapso de las capacidades de solución de problemas y enfrentamiento que antes eran adecuadas.

En los casos atendidos, se observó que las personas en crisis presentan una característica común, que es que se sienten incapaces de tratar con las situaciones problemáticas que enfrentan en ese preciso momento, por ejemplo, los pacientes con

intento de suicidio que sentían que ya no podían seguir viviendo por que tenían muchos problemas que no podían resolver. Por ello, nuestra función central como psicólogos fue ayudar a la persona a dar pasos concretos hacia el enfrentamiento con la crisis, lo que incluía el control y manejo de sentimientos y de las falsas creencias que presentaban en cuanto a lo que estaban viviendo, y así comenzar la resolución del problema.

Como Slaikeu (1996, pp. 116 y 117) lo demuestra, los Primeros Auxilios Psicológicos se llevan a cabo mediante cinco componentes, de los cuales debido a la falta de tiempo y de recursos, sólo aplicábamos los cuatro primeros descritos a continuación, dado que el quinto componente se trata de darle seguimiento a los casos:

Componente	Objetivo	Labor del Psicólogo
1. Realizar el contacto Psicológico.	Que el paciente se sienta comprendido, aceptado y apoyado.	Invitar al paciente a hablar; escuchar de manera activa; establecer empatía.
2. Examinar las dimensiones del Problema.	Conocer las necesidades inmediatas y a futuro cercano del paciente.	Indagar acerca del pasado inmediato; conocer el incidente que precipitó la crisis; saber las fortalezas y debilidades del paciente; advertir las decisiones inmediatas.
3. Analizar posibles soluciones.	Identificar una o mas soluciones para las necesidades inmediatas y posteriores.	Preguntar al paciente qué es lo que ha intentado hasta ahora; examinar qué es lo que el podría hacer; proponer nuevas alternativas.
4. Asistir en la ejecución de acción Concreta.	Ejecutar soluciones inmediatas.	Establecer metas específicas de corto plazo; hacer confrontaciones cuando sea necesario; en algunas ocasiones ser directivo.

Aunque se cubrían estos cuatro componentes o pasos, es importante mencionar que no siempre se realizaron de modo secuencial, ya que muchas veces durante la sesión las cosas se presentaban en un orden diferente, dependiendo tanto del paciente, como de su problema. Y de hecho, en muchas ocasiones ni siquiera se llevaban a cabo, ya que simplemente se guiaba al paciente a que realizara *Contención Emocional*, es decir, el desahogo de las emociones, sentimientos y pensamientos que tenía en ese momento.

A continuación se explica el proceso terapéutico utilizado en los diversos padecimientos bajo los lineamientos de la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia.

### **3.4 Resultados y Análisis de los Padecimientos Atendidos**

#### **3.4.1 Depresión y Autoestima**

La depresión es un estado anímico en el que la persona presenta como característica principal una triada cognoscitiva negativa: una perspectiva negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. Estos pensamientos negativos tienden a aumentar en cuanto más grave sea la depresión, ya que ésta puede ser clasificada en leve o severa.

Generalmente el término depresión es sinónimo de desgracia, pues con frecuencia existe la posibilidad de un suicidio; y es a causa de los pensamientos automáticos negativos constantes, lo que trae consigo una gran dependencia de la persona deprimida hacia otros por que se consideran incompetentes.

Según Bellak (1992, p. 43) hay seis errores de lógica que comúnmente presentan los pacientes depresivos:

1. *Pensamiento dicotómico/ todo o nada:* se refiere a la tendencia a pensar en términos extremos o absolutos.
2. *Abstracción Selectiva:* es la tendencia a enfocarse en un detalle negativo del ambiente y a basar cualquier conclusión, relativa a la experiencia, sobre este detalle negativo; mientras que se ignoran los rasgos más importantes de una situación.
3. *Inferencia Arbitraria:* que se refiere a la tendencia a extraer una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye.
4. *Sobregeneralización:* es la tendencia a extraer conclusiones globales con base en un hecho o incidencia aislado.
5. *Maximización y Minimización:* la tendencia a enfatizar en demasía la significancia o magnitud de sucesos negativos y a subenfatar los mismos de experiencias positivas.
6. *Personalización:* la tendencia a tomar responsabilidad por cosas que tienen poco o nada que ver con uno mismo.

Durante el tratamiento de pacientes depresivos fue necesario hacer una evaluación de la presencia estos factores y además buscar los denominadores comunes entre la situación precipitante y las circunstancias históricas.

Entonces, al utilizar la PBIU como estrategia terapéutica en el tratamiento de depresión también fue necesario detectar la presencia de otros factores determinantes en este padecimiento como: problemas de autoestima; agresión interna o externa; sentimientos de pérdida o desilusión; negación y perturbaciones en las relaciones interpersonales, entre otros; para así, generar un tratamiento con un plan individual adecuado para el paciente en particular.

Para llevar a cabo esto, fue necesario realizar una *entrevista inicial* en la que se valora el estado general del paciente y la presencia o ausencia de algunos de estos factores. La entrevista inicial es de suma importancia en el tratamiento de cualquier padecimiento porque en ella se recopilan tanto los datos demográficos de la persona (nombre, edad, estado civil, actividades que realiza, etc.) como los datos de su historia personal, como por ejemplo: relaciones familiares y sociales, estado de salud actual, historia del padecimiento, y si es posible, se indaga el suceso que generó la aparición de la sintomatología que presenta.

Una vez recopilados los datos necesarios para conocer qué factores están presentes en el padecimiento del paciente, generalmente se iniciaba el tratamiento enfocándolo al aumento de la autoestima de la persona mediante el conocimiento de las áreas importantes en la vida del paciente que se relacionen con una autoestima alta para trabajar sobre ellas; examinando los ideales y nivel de aspiración para ir reduciendo la diferencia entre sus expectativas irreales y la realidad.

Ya que se lograba modificar un poco la autoestima del paciente y hacer que se empezara a sentir mejor consigo mismo, el tratamiento se guiaba a cumplir con el objetivo central de la PBIU, o sea, que el paciente modificara poco a poco los pensamientos negativos y trágicos que tenía de su persona, además de que comprendiera que muchas veces su estado físico se veía influido por el estado emocional depresivo que presentaba.

Se ha visto que el uso de la PBIU en el tratamiento de pacientes deprimidos presenta resultados muchas veces más rápidos y satisfactorios que un tratamiento farmacológico con antidepresivos.

### **3.4.2 Ansiedad y Estrés**

Los pacientes que presentan un trastorno de ansiedad se caracterizan por ser extremadamente vulnerables al tener creencias negativas que los llevan a interpretar de manera amenazante un amplio rango de situaciones. Estas creencias varían mucho, pero tienden a relacionarse con un sentimiento de peligro anticipado ante daños físicos, pérdida del autocontrol o temores psicosociales.

Un ejemplo claro que tuvimos con pacientes que presentaban ansiedad, eran los que se encontraban en tratamiento de diálisis, ya que muchas veces éstos tenían pensamientos erróneos anticipados de que sufrirían algún tipo de daño físico, como una infección causada por su mismo tratamiento. Estos pacientes al presentar una sintomatología fisiológica característica de la ansiedad, sumada a un estado constante de estrés, aumentaban sus interpretaciones catastróficas de estos estímulos, lo que traía como consecuencia un círculo vicioso en el que estas malas interpretaciones producen un incremento en la ansiedad que sirve como estímulo activador del Sistema Nervioso Autónomo. Al activarse este sistema, hay un aumento en su actividad, lo que provee el paciente de evidencia “nueva” de algún tipo de desastre interno y como consecuencia, aumenta la falsa creencia de que una catástrofe esta por ocurrir.

El tratamiento usado para pacientes con trastornos de ansiedad estuvo enfocado, primeramente, a disminuir el estrés que presentaba el paciente mediante el uso de diferentes técnicas, como la relajación, ejercicios de respiración, actividades que los mantuvieran distraídos, etc.

Es importante que como psicólogos determináramos que los síntomas fisiológicos no eran causa de alguna otra enfermedad física, para que una vez que aclarado esto y que el paciente ya estaba un poco más relajado, ya lleváramos a cabo el plan de tratamiento

que tenía como meta principal enseñarle a los pacientes a que las sensaciones físicas que presentaban no eran signos de una muerte inmediata, locura o pérdida de control.

### **3.4.3 Bulimia**

Los pacientes con trastornos alimenticios como la bulimia y la anorexia tienen una percepción desadaptada de que su peso y forma corporal determinan su autoestima y la aceptación social. De igual manera presentan distorsiones cognoscitivas típicas, parecidas a las que se mencionaron anteriormente en pacientes depresivos (razonamiento dicotómico, abstracción selectiva, etc.), por lo que también es importante evaluar la presencia de éstos en la entrevista inicial para dar pie al tratamiento adecuado.

El tratamiento de un desorden alimenticio debe estar enfocado tanto al presente como al futuro y tiene como meta principal ayudar al paciente a recuperar el control sobre sus hábitos alimenticios, por lo que se basó en tres etapas: *a)* se explicaba al paciente el concepto y consecuencias fisiológicas y emocionales de la bulimia; *b)* se valuaban y modificaban los pensamientos desadaptativos del paciente acerca de su peso y figura corporal, así como comportamientos tales como hacer dietas o purgarse, y *c)* se enfocó a la prevención de recaídas y el mantenimiento de los logros obtenidos.

El tratamiento no podía llevarse a cabo sin que se tuviera el apoyo de familiares y personas cercanas al paciente para que a éste se le facilitaran un poco más los pasos a seguir dentro del proceso terapéutico, como llevar un autoregistro de sus pensamientos y comportamientos respecto al problema; el uso de medidas de autocontrol para el establecimiento de un patrón de alimentación correcto; la eliminación de dietas; y principalmente, la comprensión de su parte de que el comer de manera correcta es normal y no un signo de pérdida de control, paso que ayuda a evitar las recaídas posibles. También fue de suma importancia para tener un tratamiento efectivo, que el paciente desde un inicio entendiera de manera clara su problema alimenticio y sus consecuencias, es decir, la magnitud del problema, para que así le fuera posible llevar a cabo estas acciones.

#### **3.4.4 Duelo**

Al llevar a cabo un tratamiento terapéutico con el uso de PBIU en el proceso de duelo de una persona, es necesario enfocarse al suceso inmediato, considerar a la persona dentro de un contexto específico y explorar el significado específico del incidente, ya que se debe considerar que cualquier suceso catastrófico tiene significados diferentes para cada persona.

Como en todas las situaciones agudas, como terapeutas fue necesario que al inicio del tratamiento tuviéramos una cierta cantidad de tacto, es decir, cierta comprensión, apoyo emocional y la promesa de ayuda futura.

Durante el momento de evaluación dentro de la terapia se deben de tomar en cuenta las diferentes fases de respuesta de las personas hacia el evento traumático, como son: saber el significado específico del acontecimiento; llevar a cabo una exploración de la responsabilidad y culpa del paciente, y las secuelas crónicas que el suceso puede llegar a dejar la persona.

Para aplicar el tratamiento es importante saber que la pérdida de alguien es un acontecimiento que interrumpe la continuidad de la propia vida o del funcionamiento cotidiano del paciente.

Como el proceso de duelo frecuentemente rompe con la red social, económica y emocional del individuo, el punto central del tratamiento es ayudar a que el paciente logre una adaptación a esa pérdida mediante la aceptación de la misma.

#### **3.4.5 Intento de Suicidio**

Pudimos observar que los pacientes con intentos de suicidio presentaban un alto nivel de desesperanza relacionado con la falta de habilidades para generar soluciones ante problemas personales, escolares o familiares.

Generalmente los pacientes suicidas tienden a presentar un alto grado de depresión o angustia, aspecto que es importante conocer, aunque no es fácil, ya que la mayoría no aceptan estar deprimidos.

Como ya se mencionó anteriormente en la depresión y angustia, el tratamiento de pacientes suicidas debe tomar en consideración diferentes aspectos que pueden estar presentes y que es necesario conocer para el manejo terapéutico. Algunos de éstos son: situación precipitante; saber que tan real y cercano es el plan de suicidio; intentos previos; historia familiar de intentos suicidas; uso de fármacos; concepto de la muerte del individuo, etc.

Al haber evaluado mediante entrevistas la presencia de algunos de estos factores, es que dábamos inicio al tratamiento, dentro del que se le pedía al paciente que redactara una lista de ventajas y desventajas que tienen el vivir o morir; se programaron junto con el paciente una serie de actividades para contrarrestar su inactividad, y se le enseñaban habilidades para resolver problemas mediante la evaluación conjunta de alternativas.

Tal vez el aspecto más importante que se debía cumplir dentro del proceso de tratamiento fue el establecer puentes de una sesión terapéutica a la siguiente, o sea, como terapeutas tuvimos que ganar tiempo y hacer que el paciente estuviera lo suficientemente interesado en las sesiones para poder establecer una continuidad entre éstas y asegurarse que regresaría a la siguiente sesión.

Esto se llevó a cabo mediante la asignación de diferentes tareas que debían ser discutidas en la sesión siguiente.

### ***3.4.6 Enfermedad Física***

La PBIU fue aplicada como proceso terapéutico a pacientes con enfermedades físicas por la petición de los médicos o de los mismos pacientes.

Al tener estos pacientes fue esencial conocer y comprender la naturaleza del problema en términos de la historia personal general del paciente, para lo cual, al igual que en los padecimientos anteriores fue necesario evaluar la presencia o ausencia de determinados factores, dentro de los que se encuentran:

- Explorar el concepto del paciente de su enfermedad
- Establecer contacto con el médico tratante para conocer su historia clínica
- Conceptos y temores del paciente de su enfermedad
- Consecuencias de la enfermedad en diferentes aspectos.

Es evidente que como psicólogos de la salud no tenemos un conocimiento amplio en lo que a enfermedades fisiológicas se refiere, y esto fue un pequeño inconveniente que se presentó, ya que el estar con pacientes que tenían diversas enfermedades, era indispensable conocer las características de las enfermedades, por lo que tuvimos que acudir a los médicos a pedir información y explicaciones de los síntomas de las enfermedades.

Un aspecto común que se presentaba en estos pacientes fue que al estar enfermos y llegarse a considerar como personas inhabilitadas en algunas áreas, llegaban a crear una dependencia extrema hacia sus familiares.

En todos los padecimientos, el utilizar la PBIU como técnica implica, como ya se mencionó, el comienzo del tratamiento con una entrevista inicial, y una vez que se daba por concluido éste, se citaba a los pacientes una vez más para tener la sesión de seguimiento y así evaluar que los logros obtenidos dentro del proceso terapéutico se hayan ampliado a los demás contextos sociales del paciente.

### **3.5 Pruebas Psicométricas Aplicadas**

Como ya lo hemos mencionado anteriormente, en muchas ocasiones utilizamos como herramientas de evaluación dentro del proceso terapéutico tests o pruebas psicométricas, dentro de las que estaban:

- *Test Gestáltico Visomotor de Bender*: Es una prueba que se eligió por ser práctica en su aplicación, ya que no se requiere de mucho material, es aplicable en cualquier situación y se adapta a las características de la población a evaluar. Se considera como un test visomotor en sentido estricto, ya que el examinado realiza la tarea gráfica con los modelos a la vista, y permite al examinador la observación de las actividades del sujeto en función integrativa de la percepción y la coordinación motora. El Bender es una prueba proyectiva que consiste de nueve figuras geométricas; evalúa la capacidad individual para experimentar modelos visomotores en una relación espacio- temporal; además, se utiliza para determinar el nivel de madurez.

- *Test Proyectivo de Machover*: Es conocido comúnmente como Test del Dibujo de la Figura Humana y el rasgo esencial que evalúa es la personalidad. La manera de aplicarlo es pidiéndole a la persona que dibuje una forma humana en una hoja blanca, cuando termina se le entrega otra hoja y se le pide que dibuje el sexo contrario. Se considera que la representación de la persona supone una forma de exteriorizar la propia imagen corporal, además el bosquejo es la expresión de los propios conflictos y necesidades del cuerpo.

- *House- Tree- Person (HTP)*: Es una prueba proyectiva de autoexpresión, ofrece actividades en donde la persona no sólo revela sus dificultades emocionales, sino las alivia. Se le proporcionan tres hojas blancas a la persona y se le da la instrucción de dibujar una casa, un árbol y una persona en una de las hojas; mientras tanto, el examinador toma notas sobre el tiempo, secuencia de las partes dibujadas, comentarios espontáneos y diversas expresiones que pueda llegar a hacer la persona evaluada. Los dibujos se interpretan de acuerdo a las características que cada uno tenga.

- *CAQ*: Es una prueba que consta de 144 preguntas de opción múltiple y es utilizada para la medición de diferentes aspectos relacionados con la personalidad del paciente, tales como: hipocondriasis; autoestima; perseverancia; reacciones del sujeto en situaciones de emergencia; estrés; sentimientos de culpa con respecto a algunas circunstancias; socialización; paranoia; etc.

La aplicación de estos instrumentos estaba bajo nuestro criterio, ya que no siempre o no a todos los pacientes se les llegaba a aplicar pruebas. De hecho, hubo ocasiones en las que las trabajadoras sociales eran quienes demandaban a la aplicación de algunos tests. Y como ya lo mencionamos, éstos sólo se utilizaban como herramienta de auxilio en la evaluación de los pacientes para llevar a cabo el tratamiento pertinente.





## PROPUESTAS

- La formación de psicólogos, como toda disciplina profesional está determinada por el sistema de relaciones sociales que indican su nivel de funcionalidad, tanto en el plano económico estructural como en el político- ideológico, por lo tanto, es necesario que el conocimiento que se va a aplicar a la vida real se adapte a las circunstancias concretas y particulares que definan su efectividad.

- Por consiguiente, en la formación académica del psicólogo es necesario el conocimiento y definición de las habilidades necesarias que se deben adquirir para que sean aplicadas en los diferentes campos de acción.

- A lo que nos queremos referir, es que la formación académica profesional del psicólogo en el área de la salud debe de tomar en consideración todas las diferentes demandas sociales y el campo laboral que existe en el mundo real, ya que en muchas ocasiones, la formación educativa no tiene nada que ver con estos aspectos; y por consiguiente, nosotras creemos que para que exista una relación positiva entre estos puntos se deben de tomar en cuenta los siguientes aspectos que consideramos esenciales y que deben incluirse en el plan de estudios de esta profesión: **1.** definición clara y concisa del objeto de estudio dependiendo del área de interés; **2.** analizar cuidadosamente las áreas profesionales del campo de la salud y las habilidades que debe tener el profesional en este campo; **3.** brindar los conocimientos teóricos y metodológicos necesarios y aplicables a la salud, y **4.** tener un conocimiento amplio de las problemáticas existentes en esta área.

- Es decir, aunque la psicología continúa teniendo un amplio desarrollo como ciencia y disciplina en el campo de la salud, ésta debe incrementar aún más sus estudios en el proceso salud- enfermedad, lo que permitirá a la psicología de la salud aportar contribuciones importantes desde su propia perspectiva, desligándose de la disciplina médica.

- Esto es, consideramos que la psicología de la salud debería de efectuar más estudios de investigación enfocados a la relación que existe entre una enfermedad física y un padecimiento emocional y viceversa, para que de esta manera la dependencia que hay de la psicología hacia la medicina en cuanto al conocimiento y

comprensión, tanto de la terminología médica como de las enfermedades y su sintomatología, se vea disminuida.

- El problema radica en que la formación del psicólogo obedece a la pertenencia de la clase de la membresía universitaria y no responde a la realidad social en la cual debe desenvolverse como profesionista, lo que trae como consecuencia que esta formación provoque una práctica profesional elitista e individualista, tal y como Campillo y Hernández 1979, lo mencionan.

- Por lo tanto, hay aspectos importantes que se deben tener en cuenta en las relaciones entre educación superior o formación profesional y sociedad, los cuales son aquellos que tienen que ver con la incongruencia que existe entre el resultado del sistema educativo, las necesidades sociales y la realidad del mundo laboral. Con esto queremos decir que la congruencia entre estos aspectos se mide en términos de las relaciones entre el perfil profesional del egresado y la naturaleza de las tareas que desempeña en su puesto de trabajo; ya que una de las situaciones más comunes que existen en la vida cotidiana, es que se encuentran necesidades laborales no cubiertas por el sistema educativo, por un lado; y por el otro, también hay formación profesional con determinadas características que no son demandadas en el mercado laboral.

- Esto se refiere a que la intervención del psicólogo en la realidad social se ve interrumpida o limitada debido a que la mayoría de los planes de estudio universitarios no incluyen programas para la participación profesional en el área de la salud pública, planeación social, desarrollo comunitario o de salud mental preventiva.

- Consideramos que para la satisfacción adecuada de la demanda del sector salud con profesionales que lleven a cabo una práctica orientada a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, es necesario tomar en cuenta la dualidad existente entre ciencia y profesión en la psicología; para así, generar programas de formación que enfatizen la práctica aplicada a los campos de la salud; ya que por ejemplo, el plan de estudios impartido dentro de la FES Iztacala no incluye aspectos enfocados al proceso de salud, es decir, no se imparte ninguna materia que tenga que ver con aspectos fisiológicos relacionados con problemas emocionales, lo que

representa una limitante teórica al momento que se está brindando un servicio como psicólogos en el campo de la salud.

- Sabemos que en México son muy pocos los programas a nivel licenciatura que definan de manera clara al campo de la salud biológica como un área de acción profesional del psicólogo, generalmente esta formación se toma como parte de una especialización o Maestría, y por nuestra experiencia práctica en el área de la salud consideramos necesario que los programas académicos a nivel licenciatura se amplíen para tomar en cuenta este campo, para así poder generar dentro del área institucional una formación que fomente políticas de contratación en los ámbitos laborales.

- Por otra parte, una vez que el psicólogo se encuentra dentro de algún centro de salud, sólo es aceptado en actividades relacionadas con la psicología clínica, por lo que es muy difícil que lleve a cabo otro tipo de actividades como detección comunitaria o entrenamiento al personal; por lo tanto, es importante generar estrategias que permitan la integración paulatina del psicólogo al personal de salud.

- Además, una de las características principales de esta disciplina es que las causas de los problemas emocionales se tratan a nivel individual, y consideramos necesario un pequeño cambio en esto, de tal manera que se deje a un lado la perspectiva curativa de la psicología y se empiece a aplicar de manera preventiva, para que así se ataquen las causas a nivel de comunidad y se logre alcanzar uno de los objetivos de la psicología, es decir, eliminar los problemas de salud mental desde una perspectiva preventiva y no curativa.

-Creemos que estas limitaciones tienen que ver con los problemas de jerarquización que existen dentro de los centros de salud, ya que como lo hemos mencionado anteriormente, sigue existiendo una forma de lucha de poder entre los médicos y cualquier otro profesional de la salud, por lo que la labor del psicólogo de la salud continúa siendo desvalorizada por parte de los médicos, ya que ellos nos siguen considerando como auxiliares suyos, y no nos dan el lugar profesional que merecemos.

- Así mismo, esta desvalorización tiene que ver con el poco conocimiento teórico que como psicólogos recibimos en cuanto a aspectos médicos relacionados con los aspectos emocionales de las personas. Una razón más por la que consideramos necesaria la ampliación del currículo de la carrera en esta área, para que crezca el trabajo interdisciplinario en el campo de la salud.

- El conocimiento de la sintomatología de algunas enfermedades, así como también de términos y abreviaturas médicas utilizadas en los expedientes de los pacientes, son habilidades que consideramos que un psicólogo de la salud debe desarrollar al estar dentro del ámbito hospitalario.

- Así mismo, otras de las habilidades que se deben adquirir incluyen: la familiarización con el hecho de que se está tratando con personas enfermas o heridas de alguna manera; el aprender a tratar con problemas cotidianos que se presentan en un hospital e intentar darles la solución más adecuada sin intervenir en la labor de los médicos o enfermeras, como por ejemplo, las quejas constantes de los pacientes por la falta de atención, la prepotencia o mal trato de algunos médicos o enfermeras, la carencia de recursos materiales y físicos, etc. Es decir, entender lo que es estar del otro lado, no solo como paciente, sino como personal que labora dentro de esa institución.

- En general, saber establecer y manejar las relaciones interpersonales que se dan dentro de un hospital, ya que por sí mismo, éste es un espacio donde existe un ambiente estresante constante.

- Finalmente, las consideraciones anteriores acerca de la psicología aplicada deben ser consideradas para la formación de psicólogos que ejerzan en el campo de la salud. Así mismo es importante considerar que la formación de psicólogos también debe obedecer a la necesidad de encontrar soluciones a problemas socialmente definidos en períodos históricos determinados, lo cual implica un análisis crítico y una orientación a la búsqueda de soluciones pertinentes, considerando criterios ético- morales de la sociedad en la que habitamos.

## CONCLUSIONES

A lo largo del desarrollo de este proyecto hemos ido mencionando algunas de las conclusiones que aquí serán planteadas, así que solamente desarrollaremos los puntos que consideramos necesarios enfatizar.

- Ha sido evidente que a través del desarrollo histórico de nuestra sociedad, los patrones de comportamiento relacionados al proceso salud- enfermedad han ido modificándose junto con los estilos de vida y condiciones materiales, con lo cual ha sido necesaria la creación de modelos de prevención y promoción de la salud que junto con el modelo biomédico atiendan las necesidades de salud de la población.

- Para llegar a comprender la necesidad social de crear una disciplina que se encargue del estudio y atención de la salud desde otra perspectiva diferente al modelo médico, es necesario conocer primero lo que es salud y enfermedad. Así, la salud ha sido definida como el estado de bienestar en las tres esferas que componen al ser humano, es decir, la fisiológica, la mental y la social. Por otro lado, la enfermedad se entiende como un estado que perturba el funcionamiento de la persona en cualquiera de estas áreas y afecta su bienestar.

- Otro de los conceptos importantes dentro del ámbito de la Psicología de la Salud que es necesario conocer para llegar a entender su importancia, es el de salud mental, que se ha llegado a definir como la capacidad de mantenimiento de relaciones satisfactorias con los demás y la capacidad de participación y adaptación en los cambios físicos y sociales a los que se esté propenso.

- El estudio y la comprensión de la salud mental es importante para la psicología por la incapacidad de la medicina para el tratamiento de los aspectos psicológicos de los pacientes; esto es, desde la antigüedad, los médicos solamente se enfocaban al tratamiento de aspectos físicos de las enfermedades dejando de lado la perspectiva psicológica.

- Hemos visto que la concepción de la salud mental del hombre ha ido cambiando a través de los diferentes períodos históricos, ya que en épocas pasadas, los enfermos mentales eran considerados como animales; personas poseídas por espíritus malignos; leprosos, etc., y por consiguiente, eran aislados de la sociedad. Gracias a la evolución histórica, durante el Renacimiento se observa un pequeño progreso en la manera de ver a los enfermos, ya que es entonces cuando surge la teoría de que las enfermedades mentales pueden tener alguna causa psicológica.

- A partir de esto, se crean las primeras instituciones psiquiátricas, las que se encontraban en condiciones deplorables y brindaban un trato pésimo a los enfermos. Tuvieron que pasar muchos años para que el trato a éstos cambiara y fuera un poco más humano.

- Dados estos antecedentes históricos, se observa la necesidad de crear una disciplina que se encargara no tanto de la cuestión física, sino del aspecto emocional de los enfermos; además de que estuviera enfocado a la prevención y promoción de la salud. Por lo tanto surge la Psicología de la Salud, que a pesar de estar muy relacionada con la ciencia médica, marca la diferencia en el tratamiento de algunos pacientes por la incapacidad del modelo biomédico para la modificación de comportamientos y estilos de vida nocivos para la salud, lo que trae consigo la posibilidad de participación del psicólogo dentro del área de la salud.

- Así, la Psicología de la Salud es definida como área de la psicología que tiene como punto central la aplicación de conocimientos, métodos de investigación y técnicas de evaluación a la prevención, tratamiento de la enfermedad y mantenimiento de la salud; y tiene como principales funciones la prevención y promoción de la salud; refiriéndose ésta al fomento y mantenimiento de la participación de personas dentro del grupo social para la realización de tareas grupales en beneficio de la salud individual y de grupo; a la discusión enfocada a los problemas de salud mental de la comunidad, y al fomento de actividades que mejoren la vida comunitaria.

- Por lo tanto, el psicólogo de la salud es el profesional encargado de la evaluación, prevención y tratamiento de personas que sufren de problemas emocionales, teniendo como fin el lograr la adaptación del mismo a su ambiente.

- El desarrollo de la psicología de la Salud ha sido más marcado a partir de 1970, ya que se observó un incremento en la creación de estrategias, metodologías y conocimientos orientados a la prevención de enfermedades; promoción de los hábitos comportamentales; participación comunitaria; conocimiento de los factores psicológicos relacionados con el proceso salud- enfermedad, y aproximaciones teórico- metodológicas que conjuntamente auxilian al mejoramiento de los procesos de atención a la salud.

- Actualmente, los principales ámbitos de inserción del psicólogo de la salud son: instituciones hospitalarias de carácter público o privado; centros de salud; establecimientos psiquiátricos y penales; escuelas; práctica privada, entre otros.

- Dependiendo del ámbito en donde se encuentre trabajando el psicólogo de la salud, sus principales funciones se pueden clasificar en: detección, evaluación, investigación, rehabilitación y prevención en relación con la salud.

- Las aproximaciones teóricas utilizadas en al área de la psicología de la salud para el cumplimiento de sus funciones centrales están basadas en una gran variedad de técnicas terapéuticas utilizadas en el tratamiento de los pacientes, algunos de estos métodos son: entrevistas diagnósticas; evaluación; pruebas psicométricas; terapias con diferentes orientaciones teóricas, etc.

- A pesar de que hay varios ámbitos en los que el psicólogo de la salud puede trabajar, se ha observado que su labor es más demandada y aceptada en los hospitales, aunque en realidad se recibe más apoyo por parte del personal administrativo que del médico.

- Esto es debido a que se tiende a considerar al psicólogo como un profesional que simplemente debe apoyar las acciones médicas, ya que todavía no existe un acuerdo entre los diferentes profesionales de la salud; ya que cada grupo profesional acepta al psicólogo sólo en actividades que no interfieran con su ámbito de responsabilidad y actividad.

- Aunque todavía hay un poco de rechazo de los médicos hacia la labor del psicólogo, en la actualidad se han ido modificando estas ideas y es entonces que se ha ido abriendo un poco más el campo de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario, para ir generando poco a poco un trabajo interdisciplinario, ya que no se le resta importancia a ningún profesional de la salud, más bien, las funciones de cada uno se han ido definiendo de manera más clara.

- Al haber tenido la oportunidad de brindar un servicio de atención psicológica dentro del HGZ No. 58, pudimos llevar a cabo una función conjunta con los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales atendiendo a los pacientes que necesitaban de orientación psicológica.

- Nuestra función dentro de este hospital estuvo enfocada a la atención en crisis a pacientes del servicio de Urgencias; evaluación, tratamiento y seguimiento de pacientes canalizados por médicos o trabajadoras sociales; evaluación psicométrica, y realización de conferencias.

- Dentro de los padecimientos más comunes con los que trabajamos estuvieron: depresión y problemas de autoestima relacionados con enfermedades físicas; ansiedad y estrés; intentos de suicidio; proceso de duelo, y trastornos alimenticios.

- Esta labor la llevamos a cabo basándonos en dos estrategias terapéuticas dada su corta duración y la efectividad que han demostrado en procesos terapéuticos, éstas fueron la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia e Intervención en Crisis.

- La Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia tiene como objetivo terapéutico que el paciente adquiera habilidades de resolución de problemas que pueda utilizar en un futuro y recursos para enfrentarse a la realidad cotidiana. Es decir, la PBIU se basa en lo que el paciente ha aprendido de manera deficiente a lo largo de su historia para que sea modificarlo, y que reaprenda de la manera más eficazmente posible.

- El fin que se busca al momento de aplicar Intervención en Crisis como estrategia es que el paciente regrese al nivel de funcionalidad que tenía antes de que se presentara la crisis. Esto es, este modelo está dirigido a ayudar a las personas a enfrentar en el futuro sucesos traumáticos que se puedan llegar a percibir como crisis, en lugar de cerrarse a las posibilidades de solución.

- Los resultados que obtuvimos los consideramos bastante satisfactorios y positivos, ya que tanto en cada sesión, como con cada paciente, se lograban de manera favorable los objetivos propuestos para cada intervención terapéutica.

- Además de nosotros considerar benéfico y adecuado nuestro desempeño, dados los resultados que podíamos observar en la evolución del proceso terapéutico; los mismos pacientes demostraban y expresaban satisfacción en cuanto a la ayuda que habían recibido y a los cambios positivos que presentaron a lo largo del trabajo conjunto.

- Conforme fue pasando el tiempo de nuestra estancia en este hospital, nos percatamos de que la demanda del servicio de atención psicológica aumentó considerablemente, ya que en un inicio casi no se presentaban pacientes, aspecto que se vio modificado, puesto que ya casi al final de nuestra participación, el número de pacientes era mucho mayor; lo cual por un lado, fue gracias a la divulgación del servicio por parte del personal médico.

- Al haber realizado esta función de orientación y apoyo psicológico junto con la disciplina médica, nos percatamos y demostramos que el trabajar de esta manera conjunta trae mayores beneficios en la salud de los pacientes.

- Gracias al tiempo y desempeño que tuvimos dentro del hospital nos pudimos dar cuenta de que en realidad ya existe una mayor aceptación de los médicos y de la comunidad en general de la labor del psicólogo de la salud en el área hospitalaria.

Consideramos que ya queda en nosotros como psicólogos el realizar un buen trabajo para demostrar la utilidad de la disciplina y así se nos aumente la posibilidad de pertenecer a otros ámbitos relacionados con la salud además de los hospitales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amigo, I., Fernández, C. y Pérez, M. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid, España: Pirámide.
- Ávila, R. y Gómezjara, F. (1989). *Salud comunitaria*. México, D. F.: Porrúa.
- Bellak, L. (1993). *Manual de psicoterapia breve intensiva y de urgencia*. México, D. F.: Manual Moderno.
- Buela- Casal, G. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. España: Siglo XXI.
- Campillo, R. M. y Hernández, L. (1979). "Psicología preventiva: un modelo de enseñanza en la formación profesional de la psicología". Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología, (5), 584- 598.
- De la Fuente, R. (1983). *Psicología médica*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.
- Entralgo, L. (1998). *Historia de la medicina*. España: Ediciones Científicas y Técnicas, S. A. de C. V.
- Fernández, A. (1995). *Psiquiatría*. Madrid, España: Mc Graw- Hill.

- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. Tomo I. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.
  
- Harrsch, C. (1992). *El psicólogo, ¿qué hace?*. México: Alambra Mexicana S. A. de C. V.
  
- Higashida, B. (1993). *Ciencias de la salud*. México: Mc Graw- Hill.
  
- Holtzman, W., Evans, R., Kennedy, S. e Iscoe, I. (1988). "Psicología y salud. Contribuciones de la psicología al mejoramiento de la salud y de la atención a la salud". Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 3 (105), 245- 282.
  
- Kaplan, H. y Sadock, B. (1996). *Manual de psiquiatría de urgencias*. Madrid, España: Ed. Médica Panamericana.
  
- Phares, E. (1996). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México, D.F.: Manual Moderno.
  
- Plante, G. (1999). *Contemporary clinical psychology*. New York: John Wiley & Sons Inc.
  
- Postigo, L. y Medina, B. (1994). *Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud*. Argentina: LUMEN.
  
- Rodríguez, O. G. y Russel, R. (1998). *La psicología de la salud en América Latina*. México, D. F.: UNAM Facultad de Psicología.

- Rogers, F. (1965). *Compendio de la historia de la medicina*. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana.

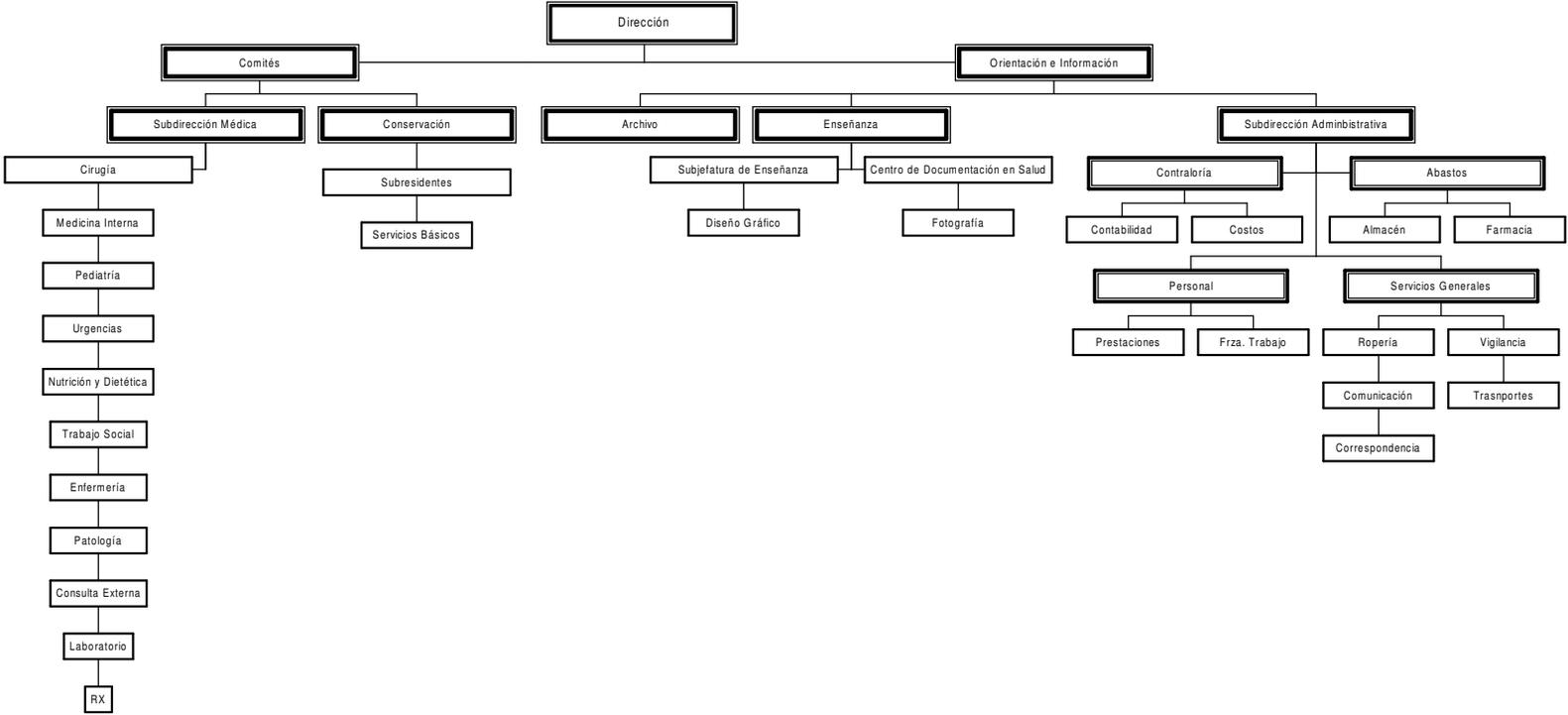
- Salinas, R. J. (1995). *“El psicólogo en la atención a la salud”*. Tesis de Maestría en Modificación de la Conducta, Universidad Nacional Autónoma de México Campus Iztacala, Edo. de Méx., México.

- Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Paidós.

- Slaikeu, K. (1996). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno.

ANEXO 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ORGANIGRAMA HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 58



Organigrama del HGZ No.58

ANEXO 2

