



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES

IZTACALA

**RELACIÓN ENTRE LAS CREENCIAS Y ACTITUDES DE
SALUD Y EL USO DEL SECTOR SALUD EN POBLACIÓN
METROPOLITANA. PSICOLOGÍA DE LA SALUD.**

**TESIS EMPÍRICA QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTAN

ELSY NOEMÍ ACUÑA TORRES

Y

TANIA VICTORIA ALEMÁN GONZÁLEZ

COMISIÓN DICTAMINADORA

Maestra Esther Ma. Marisela Ramírez Guerrero

Maestro Enrique Bernabé Cortés Vázquez

Licenciada Yazmín Arriaga Abad



Tlalneantla, Estado de México, Enero del 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.

BRINDAMOS AGRADECIMIENTOS ESPECIALES A:

LA UNAM Y ESPECIALMENTE A LA FES IZTACALA

Por darnos la oportunidad de formarnos en nuestra educación media y superior dentro de sus instalaciones, con los valores y principios que el sistema universitario nos ha forjado, junto con el rigor y disciplina académica que de éste se desprende. Por acercarnos a profesores excelentes, de los que hemos aprendido sin fin de cosas y que nos han ayudado a enfrentarnos a nuestro campo de trabajo. Por hacernos personas abiertas al conocimiento y a la ciencia, por transformar nuestro pensamiento, nuestro actuar y nuestro vivir. Por ofrecernos la oportunidad de ser Psicólogas y sentirnos dignas y orgullosas de nuestra Institución.

A LA MTRA. ESTHER MA. MARISELA CORTÉS RAMÍREZ

Por creer y confiar en nosotras a lo largo del proceso que duró este trabajo, por brindarnos valiosos espacios de su tiempo y dedicación que hicieron posible materializar nuestro proyecto de tesis, que nos permita realizar un anhelo muy preciado para las dos, que es el titularnos y con ello, poder ejercer libre y responsablemente nuestra profesión.

Por ser un ejemplo claro a seguir en su calidad como profesionista y además, por ser una persona que nos ha demostrado su enorme calidez humana. Por su gran paciencia y comprensión.

Elsy y Tania

DEDICADO A:

DIOS

EN AGRADECIMIENTO A ESTA HERMOSA VIDA QUE ME HA REGALADO...

A MIS PAPÁS

JOSÉ Y ELSA PORQUE SE ESFORZARON EN EDUCARME CON EL MÁXIMO AMOR POSIBLE...

A MI HERMANO

JULIO PORQUE ADMIRO TU PROFESIONALISMO QUE ME INSPIRA A SUPERARME, PARA SEGUIR TUS PASOS...

A MIS SUEGROS

MANUEL Y ADRIANA PORQUE SIN SU APOYO NUNCA LO HUBIERA LOGRADO...

A MIS AMIGUITAS

NAN, YADIS, ALMA POR QUE SI HAY ALGO QUE VALORO, ES SU AMISTAD...

AL AMOR DE MI VIDA

MANE POR TU COMPAÑÍA, TU AMOR, TU PRESENCIA, POR COMPARTIR MI SUEÑO...

A **TANIA** POR TU PACIENCIA, POR TU COMPROMISO, FUE UN HONOR TRABAJAR CONTIGO...

Y PRINCIPALMENTE DEDICO ESTE TRABAJO A MIS
ANGELITOS
SARAHÍ Y ALONDRA

PORQUE EN SU HERMOSA INOCENCIA, ME CEDIERON SU TIEMPO, EN
SILENCIO SUPIERON COMPRENDERME, APOYARME...
GRACIAS POR SU HERMOSA SONRISA, GRACIAS POR LLEGAR A MI VIDA,
LAS AMO...

ELSY NOEMÍ ACUÑA TORRES

**DEDICO ESTE TRABAJO A LAS PERSONAS QUE HAN TRASCENDIDO
EN EL CURSO DE MI VIDA.**

A MI MADRE

Quien ha llenado de significado todo mi existir, con su intachable expresión del amor, siempre incondicional, que jamás olvidaré. Al ser que me ha enseñado a encontrar la alegría en el diario vivir, así como su fortaleza en toda clase de circunstancias. A la persona que siempre desea comprenderme y de muchas maneras darme su apoyo. A la amiga que me ha acompañado desde la adolescencia. A la mujer que me ha enseñado su ejemplo. Al ser humano que admiro y respeto profundamente. A ti que me has dejado entrar en tu pensamiento y en tu corazón, brindándome tu confianza.

A MI PADRE

Quien me ha acompañado durante mi vida, siendo una presencia importante que me alienta a la superación. A la persona que sembró en mí, el firme deseo de estudiar y hacer una carrera y que me ha enseñado a aprehenderme del conocimiento. Al ser que inculcó en mí diversos valores y principios, dejando así una huella marcada en mi personalidad. A ti que me has brindado tu cariño y apoyo a tu especial manera.

A MI HERMANO ADOLFO

Quien ha estado cerca de mi desde el nacimiento hasta la actualidad. A la persona que me ha brindado su amor y apoyo constantes y que me ha enseñado muchas cosas, entre ellas la nobleza, la solidaridad, la ternura y el arrojo que se requiere ante diversas circunstancias de la vida. A mi amigo y confidente desde siempre. A mi mellizo con quien he vivido numerosas aventuras.

A MI HERMANO EDUARDO

Quien me ha brindado su amor y apoyo de hermano mayor. A la persona que me ha dado el buen ejemplo de la disciplina y la responsabilidad en el estudio y en el ejercicio de la profesión. Al ser que me ha transmitido su pasión por el conocimiento, el cual me ha sabido compartir a lo largo de toda mi vida, regalándome incontables momentos agradables.

A MIS HERMANOS GERARDO Y ARACELI

Quienes han confiado en mí, me han brindado su cariño sincero y me han apoyado a salir adelante. A los que respeto, quiero y admiro.

A MI PAREJA CARLOS

Quien con su presencia constante me ha entregado su amor, su tiempo, su dedicación y apoyo durante el sendero que hemos recorrido juntos. Al ser con el que he creído como pareja y como individuo y al que le reconozco muchas virtudes, como su gran voluntad de salir adelante ante la vida, su actitud perseverante ante sus objetivos y metas y su gusto por el conocimiento. Al hombre con el que he vivido momentos intensos, llenos de emociones y que ha logrado motivar muchos de mis sueños a su lado.

A MI AMIGA ESMERALDA Y AMIGOS

Quienes me impulsan a ser una mejor persona y me nutren de su estima desinteresada y sincera. De los que tengo mucho que aprender, sobretodo el sentimiento de la amistad, para poder valorarlos tanto como se merecen.

A MI COLEGA Y AMIGA ELSY

Quien depositó su confianza y su apoyo en mí, además de brindarme su paciencia y comprensión. A la persona que admiro y respeto por saber luchar con fortaleza para lograr sus metas. A la colega que me impulsó para cumplir mi objetivo de titulación. A la amiga que quiero descubrir.

TANIA VICTORIA ALEMÁN GONZÁLEZ

ÍNDICE

RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	11
 Capítulo 1. “ PSICOLOGÍA Y SALUD ”	
1.1 Origen y desarrollo de la psicología de la salud.....	17
1.1.1 Antecedentes previos a su establecimiento formal.....	17
1.1.2 Surgimiento formal.....	33
1.2 Definición de psicología de la salud y sus objetivos.....	37
1.3 Conceptos de salud y enfermedad.....	41
1.3.1 Proceso salud – enfermedad.....	48
1.3.2 Salud física y patología.....	51
1.3.3 Salud mental y psicopatología.....	53
1. 4 Modelos de salud.....	55
1.4.1 Modelo médico tradicional.....	58
1.4.2 Modelo biopsicosocial.....	59
1.5 Promoción de la salud.....	61
1.5.1 Antecedentes históricos.....	61
1.5.2 Definición y objetivos que persigue.....	72
1.5.3 Calidad de vida y promoción de la salud.....	76
 Capítulo 2. “ EL SECTOR SALUD ”	
2.1 El Sector Salud.....	82
2.1.1 Evolución.....	82

2.2 Seguridad social e Instituciones.....	86
2.2.1 IMSS.....	87
2.2.2 ISSSTE.....	91
2.2.3 SSA.....	93
2.2.3.1 Hospital General de México.....	95
2.2.4 Instituciones con Servicio de salud propio.....	98
2.2.4.1 Fuerza Armada de México.....	99
2.2.4.2 PEMEX.....	100
2.2.5 Sector Privado.....	102
2.2.5.1 Principales Hospitales privados de México.....	103
2.2.6 Reformas de salud.....	104
2.3 El psicólogo en el Sector Salud.....	108
2.3.1 Funciones.....	110
2.4 El usuario del Sector Salud.....	112
2.4.1 Utilización de los servicios de salud.....	113
2.4.2. Modelos de utilización.....	116

Capítulo 3. “**CREENCIAS Y ACTITUDES DE SALUD**”

3.1 Creencia.....	120
3.1.1 Conceptos.....	120
3.1.2 Clasificación.....	123
3.1.3 Relación entre creencias y otros conceptos.....	124
3.1.3.1 Conciencia.....	124
3.1.3.2 Idea.....	125
3.1.3.3 Superstición.....	125
3.1.3.4 Actitud.....	125
3.1.3.5 Razón.....	126

3.2 Actitud.....	127
3.2.1 Conceptos.....	127
3.2.2 Estructura de la Actitud.....	130
3.2.3 Diferencia entre actitud y otros conceptos.....	131
3.2.3.1 Opinión.....	131
3.2.3.2 Valores.....	131
3.2.3.3 Rasgo de personalidad.....	132
3.2.3.4 Sentimientos.....	132
3.2.4 Relación de la salud con las creencias y actitudes.....	133
3.2.5 Relación de la enfermedad con las creencias y actitudes.....	138

Capítulo 4. **MÉTODO**

4.1 Objetivo general.....	138
4.2 Metodología.....	138
4.3 Sujetos.....	138
4.4 Escenarios.....	138
4.5 Instrumentos.....	139
4.6 Procedimiento.....	139
4.7 Resultados.....	139
4.7.1 Frecuencia de variables.....	140
4.7.1.1 Ir al consultorio del doctor.....	140
4.7.1.2 Atiendo y cuido mi salud.....	142
4.7.1.3 Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz.....	143
4.7.1.4 Soy más vulnerable a contraer enfermedades que otras personas de mi edad.....	145
4.7.1.5 Soy muy capaz de cuidar mi salud.....	146
4.7.1.6 Existen cosas más importantes que la salud.....	147

4.8 Correlación de variables.....	149
4.8.1 Ir al consultorio del doctor – Atiendo y cuido mi salud.....	149
4.8.2 Ir al consultorio del doctor – Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz.....	150
4.8.3 Ir al consultorio del doctor – Soy más vulnerable a contraer enfermedades que otras personas de mi edad.....	152
4.8.4 Ir al consultorio del doctor - Soy muy capaz de cuidar mi salud.....	153
4.8.5 Ir al consultorio del doctor – Existen cosas más importantes que la salud.....	154
 Capítulo 5. “ ANÁLISIS DE DATOS ”	
5.1 Análisis individual de variables.....	156
5.2 Correlación de variables.....	156
 Capítulo 6. “ DISCUSIÓN ”	159
 Capitulo 7. “ CONCLUSIONES ”	176
 BIBLIOGRAFÍA	182
ANEXOS	189

RESUMEN

Este trabajo tuvo como objetivo principal hacer una pequeña contribución a investigaciones provenientes de la psicología de la salud, al analizar la relación entre las creencias y actitudes de salud y la utilización del servicio de salud en una población del área metropolitana, siendo este el objetivo general. Para ello se aplicó el instrumento desarrollado por Ramírez y Cortes (2003) compuesto de las escalas FS (Funcionamiento de la salud) y FP (Funcionamiento Psicosocial) a 985 pacientes en las salas de espera de los Hospitales Privados MIG y Español; y en los hospitales públicos; Hospital Juárez, 1ro de Octubre y del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Para la correlación se tomaron de FP, la Variable Independiente Uso del sector salud y la Variable Dependiente Creencias y actitudes de salud. Se utilizó un diseño no experimental, descriptivo y explicativo. Por medio del programa computarizado estadístico SPSS se obtuvo la frecuencia de cada reactivo y la correlación entre éstos utilizando una prueba no paramétrica (Ji cuadrada). Se encontró que la mayor frecuencia de respuesta se encontró en la gente que cree que se requiere de buena salud para ser productivo y feliz con un 73.2%, seguido de quienes no creen que sean más vulnerables a enfermar que otras personas con un 62.9%. Así mismo, se encontró correlación en tres reactivos (soy capaz de cuidar mi salud, cuido mi salud y soy más vulnerable a enfermar) con ir al consultorio del doctor. Y no hay relación entre este último y los reactivos se requiere de buena salud para ser productivo y existen cosas más importantes que la salud. Por ello se deduce que sí existe correlación entre las variables Creencias y Actitudes de Salud y el Uso del Sector salud, aunque ésta no sea muy alta.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La atención a la salud había estado monopolizada por el sector médico debido a que ésta se encontraba íntimamente relacionada con la enfermedad, sin embargo, en esta última década ha entrado en auge la intervención de otros profesionales que se relacionan con el desarrollo y mantenimiento de la salud, independientemente de si existe enfermedad o no y que buscan principalmente prevenir esta última. Una de las disciplinas que está implicada en la atención de la salud es la Psicología, la cual está despegando para llegar a ser reconocida como indispensable en este campo, que hasta ahora se le sigue nulificando y en el mejor de los casos se le llega apenas a considerar, ante la marcada exclusividad de la medicina.

Es importante ver el desarrollo de la Psicología de la Salud como un escalón más de la evolución de la Psicología, en la que desafortunadamente se ha visto un progreso lento y limitado desde su surgimiento, a causa del poco apoyo reflejado en la falta de información al respecto, que se ha podido generar desde entonces hasta el momento actual y que hace notorio encontrar las escasas y recientes investigaciones que han arrojado datos novedosos, contribuyendo así, a la cimentación de los pilares que sirvan como base en dicho ámbito de la salud, mismo al que le urge despegar todavía con mayor fuerza, para darse a conocer y ser tomado en cuenta con la seriedad que se merece, dadas las grandes demandas sociales que existen hoy en día.

Es un camino que apenas empieza a desarrollarse, por ello es que la presente investigación intenta ser un sendero que contribuya a espesar el cúmulo de trabajos sobre el tema, para que en un futuro, el psicólogo se encuentre total y libremente inmerso en la atención a la salud, con espacios propios y adecuados y sobre todo con el reconocimiento de que nuestra labor es fundamental tanto para la prevención como para el tratamiento de los usuarios del sector salud.

Somos conscientes de la complejidad de nuestro propósito. Por un lado, nos enfrentamos a una tarea novedosa, sin muchos referentes nacionales o internacionales. Pero por otra parte, tenemos entre manos una profesión que comienza un desarrollo creciente, alcanzando cada vez más competencias dentro del campo de la Salud y logrando adquirir un reconocimiento público e interprofesional cada vez más importante, sin que se adivinen los límites exactos de dicho campo disciplinario en perpetuo movimiento.

Este panorama de continuo crecimiento de la Psicología de la Salud ha tenido como determinante el cambio que en las últimas décadas ha experimentado el concepto de salud. La vieja dicotomía de salud física - salud mental, se ha superado con el reconocimiento del componente biopsicosocial del enfermar, disolviéndose sus límites al conocerse, cada vez con mayor exactitud, la interdependencia entre la conducta o la "psique" y el cuerpo. Una consecuencia inmediata de este cambio ha sido la necesidad creciente de los equipos interdisciplinarios en todos los campos sanitarios, incluso en aquellos más alejados de los tradicionales como la "salud mental". Otra importante consecuencia ha sido la progresiva importancia de la intervención psicológica en la prevención de los trastornos, en cuya génesis la conducta es un eje etiológico fundamental. Así, algunos de los padecimientos más importantes de nuestro tiempo como el cáncer, los que se derivan de los accidentes de circulación, los trastornos cardiovasculares y el SIDA, tienen en la prevención psicológica una importante y útil herramienta para la reducción de su incidencia. No es exagerado afirmar, además, que en muchos casos la intervención psicológica debe ser uno de los pivotes esenciales sobre el que se asiente cualquier política responsable en estos y otros muchos trastornos.

En el campo tradicional de la salud mental, el rol de los psicólogos clínicos también ha sufrido cambios notables en estas últimas décadas. Desde su encasillamiento inicial como psicólogo evaluador ha tomado cada vez un mayor protagonismo como profesional, cuyos conocimientos le permiten dar una nueva visión y perspectiva a los padecimientos llamados "mentales". En relación con este aspecto merece especial mención la aportación que la psicología supuso en el cambio de los tradicionales métodos de tratamiento para los pacientes crónicos institucionalizados, transformación en la que los psicólogos han tenido un papel destacado en cualquier sitio donde dicho proceso de cambio ha tenido lugar.

Por ello en el presente trabajo, se hace una pequeña contribución a las investigaciones provenientes de esta área: la psicología de la salud, *al analizar la relación entre las creencias y actitudes de salud y la utilización del servicio de salud en una población del área metropolitana*, siendo este el objetivo general.

En el primer capítulo se presenta el origen y desarrollo de la psicología de la salud, partiendo de los primeros aportes históricos reconocidos en la literatura en el campo de la psicología, que han conformado el establecimiento de ésta como una disciplina científica y de la que se han derivado diversas áreas, entre ellas la Psicología de la Salud, la cual puede entenderse como una ciencia que ha evolucionado junto con otras, sobre todo con la Medicina. Se hace un apartado, en el que se reconoce el establecimiento formal de la Psicología de la Salud, a partir del cual ésta empieza a evolucionar de forma independiente de manera más acelerada. Se mencionan algunos aspectos relacionados, como la definición de ésta área y sus objetivos, así como los conceptos de salud y enfermedad vistos como estados independientes y como parte de un proceso. Se retoman dos de los modelos de salud existentes, siendo estos el médico tradicional y el biopsicosocial. Se destaca también la importancia de la promoción de la salud, visto como un nuevo marco de actuación mediante la elaboración de políticas saludables, la creación de ambientes favorecedores de la salud, el desarrollo de habilidades personales, el refuerzo de la acción comunitaria y la reorientación de los servicios

hacia la salud; donde se habla de los antecedentes históricos de la misma, de algunos de los conceptos más reconocidos, así como los objetivos que persigue y de la relación entre ésta y la calidad de vida.

En el segundo capítulo se abordan aspectos relacionados con el sector salud, como son su evolución y estado actual, así como la descripción de las instituciones donde el cuidado de la salud de los mexicanos se encuentra entre los beneficiarios de la Seguridad Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, (ISSSTE) y otros organismos estatales, así como los protegidos por instituciones con servicios propios (Fuerzas Armadas, Petróleos Mexicanos) y los que constituyen la población abierta, que no tiene acceso a los servicios mencionados como la S.S.A.

En el tercer capítulo se definen y describen las creencias y actitudes y como éstas hasta el día de hoy, se las han relacionado con la salud.

En el capítulo cuarto se presenta el método, el procedimiento y los resultados.

En el quinto se analiza primeramente la frecuencia de cada uno de los reactivos y enseguida se presentan los resultados que se obtuvieron en esta investigación, destacando la relación entre las variables (creencias y actitudes de salud y utilización del servicio de salud).

En el sexto capítulo se presenta la discusión, a partir de los postulados, conceptos y resultados expuestos por los autores y los hallazgos que arrojó este trabajo.

En el séptimo y último capítulo se presentan las conclusiones que surgieron en suma de este proyecto de tesis, incluyendo para ello algunas propuestas de investigación que pudieran seguir profundizando en esta misma línea de conocimiento.

Capítulo 1. **PSICOLOGÍA Y SALUD**

“La felicidad del cuerpo se funda en la salud. La del entendimiento en el saber”.

- Tales de Mileto -

Capítulo 1. PSICOLOGÍA Y SALUD

1.1 Origen y desarrollo de la psicología de la salud

Para hablar del origen y desarrollo de la Psicología de la Salud es prescindible entresacar las vicisitudes de ésta y para ello es importante hacer una precisión divisoria, partiendo de referentes anecdóticos y cronológicos, en donde podemos hablar por un lado, de todos aquellos antecedentes centenarios, incluso milenarios, que contribuyeron y sentaron las bases para el nacimiento de dicha área de la psicología y que se gestaron mucho tiempo antes de que se le nombrara como tal; por el otro, podemos identificar el momento en el que se le reconoce formal, institucional y profesionalmente hasta su evolución actual. (Oblitas y Becoña, 2000)

1.1.1 Antecedentes previos a su establecimiento formal

La evolución histórica de las relaciones entre salud, enfermedad y sociedad ha sido estudiada, entre otras disciplinas, por la epidemiología histórica, siguiendo sus criterios en la historia de las enfermedades pueden distinguirse, para el mundo desarrollado, tres grandes periodos que son los siguientes (Gómez y Rabanaque en Colomer y Álvarez, 2001):

1. Época de las grandes epidemias de enfermedades infectocontagiosas agudas: Hasta finales del siglo XVIII y comienzos del XIX en el mundo occidental.
2. Época de las enfermedades infectocontagiosas crónicas: Cabría situarla entre los otros dos periodos, variando su aparición entre los distintos países en función del proceso de industrialización y desarrollo económico y social.

3. Época de las enfermedades sociales no infecciosas: Se correspondería con el siglo XX para la mayoría de las naciones desarrolladas.

En seguida se muestra la situación en estas épocas de los conocimientos sobre salud y enfermedad, que nos permite comprender cómo se han desarrollado dichos conocimientos a lo largo de la historia.

Se sabe de tiempos muy remotos, que algunas sociedades humanas prestaron especial interés al fenómeno de la salud y la enfermedad, tratando de darse explicaciones e interpretaciones a través de sus propios medios, recursos y formas de ver el mundo imperantes, para poder comprender y conocer más de su naturaleza, ya que de esta dependía en gran medida su supervivencia como individuos y como grupos.

De acuerdo a lo expuesto por Oblitas y Becoña (2000), las primeras sociedades veían a la enfermedad como un fenómeno mediado por fuerzas externas u otras formas espirituales de carácter maligno, llamados demonios, los cuales los tomaban por sorpresa controlándolos y tomando posesión de ellos, donde sólo una exorcización podía recuperarlos.

La enfermedad y la salud también eran vistas a través de creencias basadas en la magia, la influencia de los astros y los fenómenos atmosféricos (Enciclopedia Ilustrada Cumbre, 1982).

En ese entonces había una insuficiencia para explicar las causas naturales de la enfermedad y sus mecanismos de producción, de acuerdo a como lo entendemos hoy en día, mediante explicaciones más científicas o presumiblemente más objetivas. Cabe decir que en esa época, anterior al siglo XIX, había un predominio de enfermedades infectocontagiosas agudas y grandes carestías nutricionales (Gómez y Rabanaque en Colomer y Álvarez, 2001).

Más tarde intervinieron otras supersticiones y los sacerdotes de diferentes creencias eran los encargados de tratar las diferentes enfermedades, sobre todo las nerviosas que originaban ataques siempre difíciles de curar e interpretar. Parece ser que en China y la India fueron en la antigüedad las naciones donde hubo un mayor desarrollo de estos conocimientos. Sus religiones y costumbres conservan todavía vestigios de ello. Cuando Alejandro Magno invadió la India con sus ejércitos, encontró señales de una gran civilización y halló utensilios quirúrgicos que se guardaban entre hojas secas de plantas, todo ello desconocido por griegos y persas. Con el tiempo, dichos conocimientos y sus métodos pasaron a Grecia (Enciclopedia Ilustrada Cumbre, 1982).

La sociedad griega por su parte, reconocía la enfermedad como un fenómeno natural. Esta empezó a generar teorías para su comprensión, un ejemplo de ello es la elaborada por Hipócrates (460 años antes de Jesucristo), quien habló de los humores circundantes del cuerpo, responsables del estado del organismo, en donde la enfermedad surgía a consecuencia de un desequilibrio en ellos y su recuperación dependía de hallar dicho equilibrio. Sus escritos se reconocen como los primeros documentos verdaderamente médicos, famosos en su tiempo y hoy todavía admirados por la profundidad de sus conocimientos y observaciones (Oblitas y Becoña, 2000).

Cuando la civilización griega declinó, en Roma y en su imperio se continuó la práctica de la medicina, sobresaliendo Galeno (130 - 210), médico griego que practicó con gran fama en Roma (Enciclopedia Ilustrada Cumbre, 1982).

En la Edad Media la comprensión de la enfermedad se sustentó en términos espirituales; la violación de las leyes divinas desembocaba en enfermedad, no obstante, contrario a lo que se podría pensar, durante esta época se generaron muchos manuscritos médicos, que se guardaban en los monasterios. Los monjes describían y cultivaban plantas medicinales. La influencia

judía y árabe fue grande en esta época, para el desarrollo de conocimientos sobre el tema (op. cit.).

En el Renacimiento se retoman las explicaciones naturales de la enfermedad. El italiano Vesalio (vivió en el siglo XVI, aportó mucho en materia de anatomía, otro personaje llamado Paracelso (1493-1541), médico y alquimista suizo, fue un reformador de la medicina, dando importancia a los remedios químicos en la curación de las enfermedades. En 1553 el médico español Miguel Server dio a conocer el gran descubrimiento de la circulación pulmonar. Por ese entonces el médico Fracastoro aportó ideas nuevas sobre las infecciones. Guillermo Harvey (1578 – 1657), médico inglés, describió con exactitud la circulación de la sangre. El más grande descubrimiento médico del siglo XVIII lo realizó el médico inglés Eduardo Jenner (1749 – 1823) con su método de vacunación contra la viruela, la cual causaba en Rusia, París y otras naciones bajas humanas relevantes (op. cit.).

Durante la etapa que va del siglo XVI al XX se desarrollaron avances significativos para la ciencia, en áreas diversas como las matemáticas, la química y la física, que de acuerdo a lo dicho por Laín en 1978, fue en este momento histórico que se gestaron los cimientos de la medicina moderna (op. cit.).

Particularmente en los siglos XVI y XVII se encuentra registrada la invención del microscopio, así también, destacan los trabajos de Morgagni en autopsia y anatomía patológica. El húngaro Semmelweis y el inglés Lister introdujeron nuevas ideas acerca de la antisepsia, cuyos resultados fueron aprovechados en Estados Unidos por Morton. René Descartes (filósofo y matemático francés), planteó la dicotomía existente entre lo físico y lo mental, realizando su propia teoría “mente – cuerpo”, como parte de sus grandes aportaciones hechas al conocimiento científico de su tiempo (op. cit.).

En el siglo XIX hubo cambios muy relevantes en el sistema social con la Revolución Industrial, lo cual trajo consigo el desarrollo de las enfermedades infectocontagiosas crónicas, mientras existía una distribución desigual de los alimentos y la presencia de hacinamientos urbanos. Hubo también algunos personajes que aportaron en el terreno médico como es el caso de Simpson, quien en 1847, introdujo el cloroformo. En estos tiempos se dio la aparición de la Higiene Social y se sentaron las bases de la Prevención y de la Epidemiología. (Gómez y Rabanaque en Colomer y Álvarez, 2001).

Durante este mismo siglo, Pasteur estudió e hizo grandes descubrimientos en el terreno de la bacteriología, descubriendo los agentes que causan las enfermedades contagiosas, los microbios; también observó la acción de los hongos, descubrió la bacteria carbuncosa, la vacunación antirrábica, el germen del cólera en las gallinas, entre otros descubrimientos. Otros personajes contemporáneos también contribuyeron al desarrollo de la teoría del germen y se produjeron avances numerosos y sobresalientes en inmunología, salud pública, patología y técnicas quirúrgicas. Virchow tuvo grandes avances en patología celular (en los siglos XIX y XX). Esto trajo como consecuencia que la salud de los individuos mejorara cualitativa y cuantitativamente, reduciéndose por ende, las tasas de mortalidad, causadas por enfermedades de tipo infectocontagiosas, como el cólera, la fiebre tifoidea, la escarlatina, entre otras (Oblitas y Becoña, 2000).

En el siglo XX los avances científico – tecnológicos han sido determinantes en el campo de la medicina, ya que se desarrolló toda una industria farmacológica, que dio lugar a la aplicación de una gama de vacunas para prevenir las enfermedades, que también se usaron para poderlas manejar una vez manifiestas (como es el caso de la penicilina, descubierta por Fleming en 1929). Waksman descubrió ciertos antibióticos, como la estreptomina (en 1952), contribuyendo así de un modo extraordinario a la ciencia médica. Por su parte, el biólogo y médico alemán Ehrlich descubrió a principios de este siglo la quimioterapia, tiempo en el que su compatriota Robert Koch también sobresalió, por haber sido el fundador de

la moderna bacteriología y es a él a quien se debe el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis y el del cólera. Sin lugar a dudas fue también en estos tiempos que hubo un desarrollo importante de técnicas quirúrgicas. Tan sólo se ha puesto de relieve, algunos de los ejemplos que evidencian la importancia dada al terreno de la salud, pero de forma predominante a los aspectos físicos. De este momento histórico, particularmente a partir de los años cincuenta a la actualidad, ha ido en aumento considerable el interés por los factores asociados a la salud (op.cit).

Lo anteriormente mencionado hace alusión de manera superficial, a las formas particulares de entender la salud y la enfermedad en diversas épocas de la historia y nos da cuenta de la evolución conceptual, metodológica y práctica que se ha ido desarrollando a través del tiempo. Hasta aquí, se ha hablado sobretodo del papel que ha jugado la ciencia médica en los asuntos de la salud y la enfermedad, incluso estamos hablando de etapas previas donde existía una producción de información muy empírica, aún no de carácter científico, que nos lleva a remitirnos a un origen muy antiguo dentro de la historia y desarrollo de esta disciplina, que asumió desde ese entonces, el interés por generar conocimientos en ese terreno, convirtiéndolos en su propio objeto de estudio, llegando a ser a través del tiempo, la ciencia más reconocida y quizás más autorizada por la sociedad, para tocar los aspectos de la salud y la enfermedad como algo inherente a ella misma, casi con derecho de exclusividad; justamente por esa gran tradición que esta disciplina ha tenido dentro del campo.

Después de haber hablado de todo lo anterior, nos preguntamos dónde se encontraban las evidencias propias del conocimiento psicológico, en dónde podemos hallar por tanto, los orígenes de la psicología como ciencia y a su vez, los de la psicología de la salud como una de sus ramas (sobre la que se centra el interés del presente trabajo) y es justamente ahí, en el desarrollo de la ciencia médica predominantemente, junto con el de otras ciencias como la filosofía, la biología, la antropología, la sociología, entre otras, donde podemos ubicar sus antecedentes más remotos, con las que se encuentran profundamente

relacionadas; es decir, que si se pretende entender con mayor claridad el origen de la psicología de la salud, es necesario remitirse también al desarrollo de todas aquellos saberes del conocimiento, pertenecientes a diferentes disciplinas, que comparten intereses en común, que en este caso muy particular, se trata de la salud y la enfermedad, que han podido ser vistas desde diferentes ópticas, pero no por ello divorciadas una de las otras, sino todo lo contrario, son todas ellas, parte de un todo que es preciso integrar en una comprensión única.

Por ello es que dentro de las grandes aportaciones hechas a la psicología, hay que mencionar a diversos personajes que tuvieron formaciones científicas diversas y que más tarde formaron parte de la historia y evolución de la ciencia psicológica y de la psicología de la salud. Se puede decir que el origen de estas dos últimas transcurrió al paralelo, ya que ambas han tenido a la salud y la enfermedad muy presentes, como uno de sus principales intereses pero que sin duda han podido compartir y sigue siendo de especial relevancia en estos tiempos modernos.

Cabe decir en reafirmación a lo anterior, que la comunidad de psicólogos se ha mostrado interesada en cuestiones de salud y enfermedad desde que inició su disciplina como tal, se ha interesado en estudiar y analizar especialmente estos aspectos, pero especialmente en su relación con los fenómenos conductuales y afectivos, es decir, las interacciones entre ambos y se puede decir además, que desde las épocas antiguas que ya han sido mencionadas, podemos identificar a algunas civilizaciones donde ya se hablaba de esta relación, como es el caso de la cultura griega, antes mencionada. Sin embargo, hemos de partir específicamente del siglo XIX, hasta llegar al siglo XX, donde se reconocen claramente diversos escritos y acciones enfocadas a este rubro, mismos que evidencian los antecedentes inmediatos de la psicología de la salud, previos a su formalización.

A continuación se presentan diversos acontecimientos históricos importantes, considerados hitos dentro de ésta rama de la psicología y que se encuentran ordenados de forma cronológica (Rodríguez, 2002).

- En 1879 Wilhelm Wundt fundó el primer laboratorio formal de psicología en la Universidad de Leipzig.
- En 1885 Sir Francis Galton fundó el primer centro de medida psicológica en el South Kensington Museum de Londres.
- En 1886 Sigmund Freud abrió su consulta en Viena.
- En 1890 James McKeen acuñó el término “mental test.”
- En 1890 William James publicó Principios de Psicología.
- En 1892 se llevó a cabo la fundación de la American Psychological Association (APA)
- En 1895 Josef Breuer y Sigmund Freud publicaron Estudios sobre la histeria.
- En 1895 Alfred Binet fundó el primer laboratorio de psicodiagnóstico.
- En 1896 Lightner Witmer fundó la primera Clínica de psicología, en la Universidad de Pennsylvania.
- En 1896 Sigmund Freud utilizó por primera vez el nombre de 'Psicoanálisis'.
- En 1902 tuvo lugar la Primera Cátedra de Psicología (de Psicología Experimental) en una Universidad española.
- En 1905 se publicó la Escala de inteligencia Binet-Simon.
- En 1904 I. P. Pavlov recibió el Premio Nobel por su trabajo sobre la fisiología de la digestión.
- En 1905 Sigmund Freud publicó Tres ensayos sobre teoría sexual.
- En 1907 Lightner Witmer fundó la primera revista de psicología clínica, Psychological Clinic.
- En 1908 se creó el Primer internado de psicología clínica ofrecido por la Vineland Training School.

- En 1909 fueron expuestas las Conferencias de Freud en Estados Unidos de América (Clark University).
- En 1913 John E. Watson publicó *Psychology as a behaviorist views it*.
- En 1915 Ortega y Gasset planteó sus Investigaciones psicológicas.
- En 1916 se publicó el test de inteligencia Stanford-Binet de Terman.
- En 1917 se separó la APA de la American Association of Clinical Psychology (AACP).
- En 1918 se acuñó el término ' Medicina Psicosomática' .
- En 1919 la AACP se reintegró a la APA.
- En 1919 se publicaron los trabajos de Watson y Rayner sobre el aprendizaje de los miedos infantiles.
- En 1920 se fundó la Revista Archivos de Neurobiología.
- En 1921 fueron presentados los primeros trabajos de Melanie Klein sobre Psicoanálisis infantil
- En 1924 Mary Cover Jones empleó los principios del aprendizaje para el tratamiento de miedos infantiles.
- En 1931 la Sección Clínica de la APA nombró un Comité para la fijación de los criterios de formación clínica.
- En 1935 se publicó el Test de Apercepción Temática de Murray (TAT).
- En 1936 C. M. Louttit publicó el primer texto de psicología clínica, *Clinical Psychology*.
- En 1937 la Sección Clínica de la APA se independizó como American Association for Applied Psychology (AAAP).
- En 1938 se publicó la primera edición del *Mental Measurement Yearbook* de Euros.
- En 1939 se publicó el test de inteligencia Wechsler-Bellevue
- En 1939 se fundó la Revista *Psychosomatic Medicine*.
- En 1942 Carl Rogers publicó *Counseling and Psychotherapy*
- En 1943 se publicó el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI)*.

- En 1945 La AAAP se reintegró a la APA.
- En 1946 la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”.
- En 1946 la Veterans Administration y el National Institute of Mental Health (de EEUU) promovió el sistema de formación en Psicología Clínica.
- En 1946 se fundó la Revista de Psicología General y Aplicada.
- En 1948 se creó el Departamento de Psicología Experimental dentro del CSIC
- En 1949 se realizó la Conferencia de Boulder (en Colorado) sobre las directrices de la formación en Psicología Clínica.
- En 1950 F. Alexander publica Psychosomatic Medicine.
- En 1952 se publicó “Hans Eysenck” sobre la eficacia de la psicoterapia.
- En 1952 se publicó el DSM-I por la American Psychiatric Association.
- En 1952 se fundó la Sociedad Española de Psicología.
- En 1953 se llevo a cabo la publicación de Ciencia y conducta humana de B. F. Skinner.
- En 1953 fue utilizado por primera vez en un informe técnico la denominada “terapia de conducta” (E. F. Skinner y colegas).
- En 1953 se publicó el código ético para psicólogos por parte de la APA.
- En 1953 se creó la Escuela de Psicología y Psicotecnia en la Universidad Complutense de Madrid.
- En 1967 A. T. Beck publicó un modelo psicológico de la depresión.
- En 1968 se publicó el DSM-II.
- En 1969 dieron inicio los estudios de Psicología en la Universidad española (Sección de Psicología).
- En 1973 apareció un texto con el título Biofeedback: Behavioral Medicine.
- En 1974 se fundó la Revista Análisis y Modificación de Conducta.
- En 1975 José Luis Pinillos publicó el texto Principios de Psicología.

- En 1978 se creó la División 38 de la APA dedicada a la “Health Psychology”.
- En 1978 se creó la Primera Facultad de Psicología en la Universidad española.
- En 1980 se fundó el Colegio Oficial de Psicólogos.
- En 1980 se publicó el DSM-III.
- En 1981 la APA revisó sus Principios éticos de los psicólogos.
- En 1984 tuvieron lugar los primeros pasos del programa PIR autonómico en Asturias
- En 1987 se dieron las primeras incorporaciones masivas de psicólogos al sistema sanitario público en Andalucía
- En 1988 se formó la American Psychological Society.
- En 1988 se fundó la Revista Psicothema patrocinada por la Delegación Norte del COP.
- En 1989 se fundó la revista de Psicología de la Salud “Journal of Health Psychology”.
- En 1989 se llevó a cabo la fundación de la Revista Clínica y Salud editada por la Delegación de Madrid del COP.
- En 1993 se estableció en España el sistema de Psicólogo Interno Residente como sistema de formación.
- En 1993 se fundó la Revista Psicología Conductual patrocinada por la Asociación Española de Psicología Conductual.
- En 1994 se publicó el DSM-IV.
- En 1995 se creó la Comisión Promotora de la Especialidad de Psicología Clínica

Para continuar mencionando los antecedentes de la psicología de la salud, consideramos relevante detenernos un poco más en algunos acontecimientos que aunque ya han sido mencionados, no han dejado por sentado la importancia que han tenido dentro de la historia de la misma ciencia psicológica, así como su influencia y relación sobre otras disciplinas. Podemos hablar de la Medicina

Psicosomática, que fue un término acuñado en 1918 en el contexto de la extensión del psicoanálisis para entender trastornos funcionales supuestamente debidos a conflictos psicológicos, destacando a Georg Groddeck a este respecto. En el año 1939 aparece la Revista Psychosomatic Medicine que, como decía en la primera editorial, su objeto era "estudiar la correlación existente entre los aspectos fisiológicos de todas las funciones corporales, tanto normales como anormales y de esta manera integrar la terapia somática y la psicoterapia". A pesar de este propósito, la medicina psicosomática terminó por distinguir entre distintas enfermedades, donde sólo algunas de ellas serían propiamente psicosomáticas y desafortunadamente esto llevó a generar varias explicaciones psicológicas a menudo más especulativas que empíricas. Con todo, la medicina psicosomática también se atuvo a la metodología científica y ha constituido así, un campo de investigación y clínico que intersecta la psicología experimental con la aplicación biomédica. Si bien su nombre e instituciones subsisten, bien puede acogerse al ámbito más amplio de "Psicología de la Salud" (op. cit.).

Se ha de situar también en esta perspectiva histórica el trabajo de Iván Pavlov relativo al condicionamiento de respuestas viscerales, que ayudó al entendimiento de la "enfermedad psicosomática". En esta línea se ha llegado a hablar incluso de toda una medicina córtico - visceral y en particular, de las neurosis experimentales que fueron modelo de investigación de las influencias de condiciones psicológicas sobre el funcionamiento corporal. No se dejaría de alinear aquí la figura de Gregorio Marañón (1887-1960) con sus estudios sobre endocrinología y comportamiento y en particular su teoría experimental de las emociones. Así mismo se citaría igualmente a Novoa Santos (1885-1933), por la incorporación de nociones pavlovianas psicodinámicas a la medicina (op. cit.).

Por otro lado, citando otro acontecimiento relevante dentro de la psicología de la salud, se encuentra la Segunda Guerra Mundial (1939 – 1945) que funcionó dentro del gremio psicológico, como un detonante para realizar intervenciones clínicas, lo cual empezó por consolidar las bases de la psicología clínica y de la

salud mental, siendo ahí donde empezó a cobrar atención el hecho de que los problemas mentales tenían relación con los de tipo físico, lo que más tarde la medicina comenzaría por asumir (Oblitas y Becoña, 2000).

Por su lado, el condicionamiento operante supuso la posibilidad de una autorregulación de respuestas (hasta entonces) involuntarias mediante técnicas de biofeedback. El uso del biofeedback revolucionó el campo de las contribuciones de la psicología al ámbito médico, llegando a imponerse desde 1973 el nombre de "Medicina Conductual" (si bien ya existía desde 1970 el nombre de behavioral pediatrics). La medicina conductual vino a ser, más allá del procedimiento de biofeedback, la aplicación de las técnicas de Modificación de Conducta al campo biomédico. Hoy día, como sucediera con la Medicina Psicosomática, la Medicina Conductual aun contando con sus instituciones propias incluyendo sus revistas, quedaría incluida en la Psicología de la Salud (Rodríguez, 2002).

Por su parte, la Psicología Médica también se sitúa en esta perspectiva de la Psicología de la Salud. En general, la psicología médica se refiere a los aspectos curativos que se dan en la interacción entre el médico y el paciente. Más concretamente, es la enseñanza de la psicología que se imparte en la carrera de Medicina, incluyendo entonces toda una variedad de conocimientos psicológicos de interés para la formación médica (op. cit.).

La psicología médica, al interesarse por la situación psicológica de la persona enferma, representa un campo antecedente de la psicología clínica de la salud, área de aplicación de procedimientos de intervención clínica con personas que padecen alguna enfermedad. Esta área se propone el desarrollo de conocimientos que permitan comprender y modificar la situación psicológica de la persona enferma, tales como sus creencias acerca de la salud, formas de control, el estilo de afrontamiento y las situaciones afectivas que se viven en esta condición. También se plantea problemas de otra índole, tales como el del cumplimiento del tratamiento, el de la preparación para intervenciones médicas, el

de los aspectos psicológicos de la hospitalización y el de las repercusiones de la relación terapeuta-paciente (Pérez, 2002).

La medicina psicosomática hizo énfasis en el papel que juegan los factores mentales y la personalidad, tales como algunos mecanismos de defensa y los conflictos psicosexuales, en la génesis de las enfermedades. Aunque en la actualidad resulta por completo inapropiado preguntarse por la "psicogenia" de alguna enfermedad, la medicina psicosomática sí representa un antecedente importante en términos de la inclusión de variables diferentes a las orgánicas para realizar una aproximación más holista e integral al análisis del proceso salud - enfermedad. Por otra parte, diversos trastornos que se relacionaron preferencialmente con la presencia de algunos conflictos de personalidad subyacentes, tales como la hipertensión arterial, se encuentran entre los más favorecidos por los investigadores en el campo de la medicina comportamental y la psicología de la salud (op. cit.).

Los antecedentes más próximos de la psicología de la salud se ubican en la denominada "Medicina Comportamental". Este término lo propuso Lee Birk en 1973 como subtítulo del libro *Biofeedback: Behavioral Medicine*. Aquí es clara la intención de referirse a la medicina comportamental como el uso de procedimientos derivados del condicionamiento instrumental de respuestas fisiológicas autónomas, para fines de curación de algunas enfermedades originadas en la alteración de esas respuestas (op. cit.).

En la década de los años 70s las principales aportaciones a la medicina comportamental se hicieron desde el área del análisis experimental del comportamiento. Fueron muy relevantes las aplicaciones clínicas del biofeedback, así como los intentos de extender los principios esenciales del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante al tratamiento de múltiples disfunciones. Dos revistas clásicas en medicina comportamental, el *Journal of Behavioral Medicine* y *Biofeedback and Self-Regulation* abundan en la publicación de

investigaciones sobre modificación de aspectos comportamentales de la hipertensión arterial, del dolor crónico, del asma infantil, de desórdenes cardiovasculares, de rehabilitación neuromuscular y de cáncer. No obstante, la medicina comportamental se limitó casi exclusivamente a la práctica clínica derivada de las aplicaciones de los principios esenciales del condicionamiento clásico y del condicionamiento operante, lo cual necesariamente resulta limitado; la psicología tiene más que aportar al ámbito de la salud, adicionalmente a los procesos básicos de aprendizaje (op. cit.).

Sucedió que hasta 1974, la Organización Mundial de la Salud propuso una definición distinta “la salud es el completo bienestar físico, mental y social”. Este cambio conceptual conlleva una visión holística de la salud que incorpora los aspectos psicológicos.

En 1977 se realizó en la Universidad de Yale la Conferencia sobre Medicina Comportamental (Yale Conference on Behavioral Medicine); en este evento se reunieron importantes especialistas de las áreas de la salud y de las ciencias sociales para formalizar la medicina comportamental, entendida como un campo interdisciplinario de integración de conocimientos biomédicos y sociales, con el fin de diseñar e implementar procedimientos para la prevención, el tratamiento y la rehabilitación (Pérez, 2002).

Fue con las aportaciones de Kazdin en 1978, que hizo surgir un movimiento psicológico importante, con la aparición de las técnicas de modificación de conducta, que permitieron un cambio de perspectiva con respecto a las relaciones entre lo conductual y lo físico. De aquí, que fue posible plantear la creación de áreas como la medicina comportamental y de la psicología de la salud (op. cit.). Bishop (1994, en Oblitas y Becoña, 2000) citó tres importantes factores que dieron lugar a observar de forma distinta al modelo médico tradicional, partiendo de una perspectiva teórica y clínica; siendo los siguientes: 1.El cambio en la prevalencia

de enfermedades infecciosas a enfermedades crónicas; 2. El coste elevado de los cuidados de salud y 3. Un mayor énfasis en la calidad de vida.

Lo mencionado anteriormente, puso de manifiesto el hecho de que las enfermedades de tipo crónico son causadas por diversos factores, como los psicológicos, sociales, culturales y medioambientales, que dista por mucho la forma de tratar a las enfermedades infectocontagiosas, donde el rasgo común eran los agentes patógenos y que cedían con relativo éxito ante la presencia de fármacos, campo en el que los médicos se las han arreglado por décadas con sus propios medios, pero que en estos casos no daba los resultados esperados. No obstante, hubo teóricos pertenecientes a diversos campos y seguramente muchos médicos, que se percataron de factores como los antes mencionados y que sabían de la importancia de una mejor comprensión y control de las enfermedades, dando lugar a otro nuevo modelo de salud y separándose cada vez más del modelo tradicional.

Fue así que surgió una propuesta diferente dada por Engel en 1977, donde argumentó la importancia de incluir en las explicaciones médicas, los factores psicológicos, sociales y culturales, planteando un modelo alternativo de salud, el biopsicosocial, que implicó un cambio radical para las ciencias médica, psicológica y social, el cual involucraba la superación de la vieja escisión mente – cuerpo (Oblitas y Becoña, 2000).

La nueva definición de salud, adicionalmente a la propuesta anterior, conllevó a un cambio de concepción de los términos: el de salud y el de tener buena salud. También ayudó el cuestionamiento que se hizo en torno al modelo médico y todavía no se puede decir que éste haya sido erradicado en la actualidad, aún sigue prevaleciendo para la comunidad médica, no obstante, es claro que por sí mismo este ha desempeñado un papel pobre para justificar muchos fenómenos tocantes a la salud y la enfermedad.

1.1.2 Surgimiento formal

El interés profesional e investigador en el área de la salud se vio más evidente a partir de la década de los setenta, no porque haya habido un movimiento dentro de la psicología que pudiera denominarse como psicología de la salud, sino porque fue hasta finales de esta década, en 1978, cuando sucedió que varias disciplinas de la psicología como la clínica, social, experimental fisiológica, etcétera, se reunieron con un motivo en común, para formar el área de la Psicología de la Salud con su propia división (la División 38) de la American Psychological Association (A.P.A.), naciendo así, formal, institucional y profesionalmente (Oblitas y Becoña, 2000).

Todas estas líneas históricas: Medicina Psicosomática, Medicina Conductual, Psicología Médica confluyen en el campo denominado genéricamente Psicología de la Salud, que se ha constituido a partir de entonces. Cabe decir que dicha área cuenta desde 1982 con su propia Revista, Health Psychology (Rodríguez, 2002). De hecho, se puede decir que a partir de entonces la Psicología de la Salud ha crecido a pasos agigantados. Hay varios hitos que marcan el historial de esta disciplina, que aún tiene relativamente pocos años de su creación. En 1979 se edita el primer libro sobre esta temática titulado Health Psychology. En 1983 se realiza una conferencia nacional sobre la educación y el entrenamiento de los psicólogos de la salud (op. cit.).

Es de señalar que la primera Revista de Psicología de la Salud europea se fundó en España en 1989, en torno al profesor Jesús Rodríguez Marín, donde se sigue editando, con gran proyección internacional. En este mismo año aparece también Clínica y Salud, promovida por la Delegación de Madrid del COP. La Psicología de la Salud es una disciplina que como tal figura en la mayoría de los Planes de Estudio de las Facultades de Psicología de España. La Psicología Clínica y la Psicología de la Salud se avienen en su complementariedad a la formación del Psicólogo Clínico y de la Salud (op. cit.).

La psicología de la salud constituye, en últimas, el reconocimiento de un hecho cada vez más evidente: el fenómeno vital humano, el cual está en permanente variación no sólo en función de factores orgánicos, sino también en función de factores ambientales y psicosociales; incluso, el papel que juegan factores como el estilo de vida y el ambiente social en la determinación de esa variabilidad del proceso salud - enfermedad, es hoy en día proporcionalmente superior al de los factores orgánicos. Ello ha llevado a que el ámbito de la salud se amplíe hacia áreas de conocimiento que antes eran relativamente ignoradas, como las ciencias sociales y humanas; ahora no solo se reconoce su función y su aporte, sino que se le demandan a estas ciencias soluciones para problemas que escapan al alcance del modelo biomédico tradicional (Pérez, 2002).

El cuadro de morbilidad y mortalidad de la población mundial ha experimentado cambios que lo alejan de las antiguas epidemias de enfermedades infectocontagiosas. En los países con alto desarrollo económico se ha incrementado la esperanza de vida de la población, con un predominio de las enfermedades crónicas degenerativas entre las causas principales de enfermedad y de muerte. En los países en vías de desarrollo coexisten problemas como la desnutrición, la violencia y la accidentalidad, con enfermedades crónicas degenerativas y enfermedades infectocontagiosas. Las primeras agobian especialmente a la población adulta; las segundas a la población infantil (op. cit.).

El desarrollo económico y social, aunque ha beneficiado la salud de la población en algunos aspectos, también ha impuesto condiciones negativas, muchas de orden psicosocial: los riesgos mentales, los estilos de vida inadecuados, los hábitos nocivos como el consumo de sustancias tóxicas, el estrés, el deterioro ambiental, e incluso la inequidad en el acceso a las oportunidades de realización personal, son aspectos que coexisten con el desarrollo de nuestras sociedades (Rodríguez, 2002). Por otra parte, el comportamiento humano, que a través de los hábitos estables de la persona conforma un determinado estilo de vida, aparece como un factor de gran

relevancia en la variabilidad de los demás factores que determinan el curso del proceso salud – enfermedad (op. cit.).

Es así como surge el nuevo campo de la Psicología de la Salud, con un horizonte de estudio y de aplicación más amplio que el de la medicina comportamental. Suele atribuirse a Joseph Matarazzo el uso original del término en 1982, con su tradicional definición de psicología de la salud como el "conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias". No obstante, ya otros autores habían utilizado con anterioridad ese concepto; incluso, a inicios de la década de los años 70s ya existía una Sociedad de Psicología de la Salud en Cuba. Tal como lo señala la junta directiva de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud (ALAPSA), la Psicología de la Salud nació en Latinoamérica a finales de 1960, con la ocupación de posiciones en el nivel de política central en el Ministerio de Salud Pública de Cuba y el desarrollo peculiar de servicios de Psicología en una extensa red institucional en salud. En 1974, cuando Stone proponía el término Health Psychology para crear un nuevo currículo en la Universidad de California, ya estaba creada la Sociedad Cubana de Psicología de la Salud, la cual reforzó la identidad profesional del psicólogo en este campo" (Pérez, 2002).

El momento actual de la psicología de la salud se caracteriza por la búsqueda de una integración cada vez mayor entre los conocimientos básicos de la ciencia psicológica, de una parte y sus extensiones al ámbito de la salud, de otra; muestra de ello es el auge de la investigación básica en el campo de la psiconeuroendocrinoinmunología y de sus extensiones a la comprensión de fenómenos como el estrés y sus asociaciones con la enfermedad. Además, el momento se caracteriza por la incorporación de otras áreas de la psicología,

especialmente de la psicología social y comunitaria, para aportar a una línea de gran actualidad, englobada en la denominación genérica de Psicología Social de la Salud; la meta más importante de esta línea es dar mayor fundamento teórico y metodológico a las actividades que se desarrollan para promover la salud y para prevenir las enfermedades, por lo cual tiene una gran relevancia si se toma en cuenta el riesgo que representan los estilos de vida inadecuados en el contexto actual de morbilidad de nuestra población (op. cit.).

A pesar del poco tiempo transcurrido, la psicología de la salud ha logrado un notorio desarrollo. En el presente, de una forma u otra ha sido incluida en la estructura de los sistemas de salud en los Estados Unidos, de algunos países europeos e incluso en algunos países del tercer mundo (op. cit.).

Algunos datos de un análisis de la bibliografía mundial de los últimos tres años, dan fe del crecimiento ocurrido. Los trabajos en la temática de Psicología y salud son financiados en un volumen no despreciable por el gobierno de USA, algunas de las más prestigiosas publicaciones medicas, tales como el BMJ, el JAMA y The Lancet, insertan en sus paginas tantos trabajos de esta área que pueden ser consideradas como publicaciones especializadas en esta esfera según los criterios en uso, cosa impensable hace unos pocos años. El análisis de los temas mas estudiados indica a las claras que el interés investigativo se ha movido hacia problemas alejados de la psiquiatría y la psicopatología, lo que constituye una muestra del cambio que esta ocurriendo ante nuestros ojos (op. cit.).

La psicología de la salud se esta introduciendo en la formación de los diversos profesionales de la salud, lo que puede conducir a interesantes resultados a largo plazo tanto en el desarrollo interno como en la aceptabilidad de la especialidad por parte de la comunidad de profesionales y técnicos de la salud (op. cit.).

1.2 Definición y objetivos

Como se alcanza a apreciar en el subtema anterior, la psicología de la salud nació a la par de la psicología clínica y experimental, para dar respuesta a diversas demandas sociosanitarias, por lo que retoma sus principales aportes de ambos campos de la psicología. Es así, que la psicología de la salud se nutre, por su legado histórico y evolutivo de los diversos modelos de interpretación psicológica más reconocidos y validados, junto con sus aplicaciones técnico metodológicas y terapéuticas, además de los saberes de otras áreas de la psicología. No obstante, también interactúa con otras disciplinas científicas, intentando efectuar una labor multi e interdisciplinaria. Dicho lo anterior, se exponen algunas definiciones que se han manejado al respecto y los objetivos que de ellas se desprenden (Oblitas y Becoña, 2000).

Cómo se mencionó anteriormente fue a Joseph Matarazzo uno de los primeros autores a los que se les ha atribuido el uso original del término en 1982, con su tradicional definición de psicología de la salud como el "conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias" (Pérez, 2002). A partir de esta proposición, fue que la American Psychological Association definió el mismo término, haciendo ligeros cambios después de una revisión (Rodríguez, 2002).

Por su parte Pérez (2002), define a la psicología de la salud como el "conjunto de aplicaciones prácticas del conocimiento psicológico a la esfera de la salud, en donde tales aplicaciones son, de forma mediatizada o directa, dirigidas al proceso salud - enfermedad en todas sus complejas interrelaciones", teniendo por objetivos: centrar su atención y esfuerzos a la prevención y el tratamiento de las

enfermedades, la identificación de la etiología y el diagnóstico de los factores asociados a la salud, la enfermedad u otras disfunciones asociadas, así como al análisis y ayuda al sistema de salud y la formación de la política de salud.

De acuerdo al autor, la tarea principal de tal rama de la Psicología, desde el punto de vista cognoscitivo, consiste en la dilucidación del papel que juega lo psicológico en la determinación de la salud, o sea, las modalidades en que los fenómenos psíquicos participan en la causalidad de fenómenos de la esfera de la salud.

Otra definición es la propuesta por Carroble 1993 (en Oblitas y Becoña, 2000): “La Psicología de la Salud es el campo de especialización de la Psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de la salud, especialmente físicos o médicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar de rehabilitar éstos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual Psicología Científica, sobre la base de que la conducta constituye, junto con las causas biológicas y sociales, los principales determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de la salud existentes en la actualidad”.

De acuerdo a lo expresado por este profesional, dicho campo tiene por objetivo utilizar los principios de la ciencia psicológica para prevenir enfermedades físicas o tratarlas cuando ya se han presentado, dentro de las siguientes áreas de actividad: (op. cit).

- Prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Educación a otros profesionales de la salud: médicos, enfermeros, odontólogos, terapeutas físicos, fonoaudiólogos, etcétera.

- Participación en el Sistema Nacional de Salud.
- Investigación Científica, tanto básica como aplicada.
- Evaluación, intervención y consultoría.

Para Oblitas y Becoña (2000): “La psicología de la salud se define como el aporte profesional de diferentes áreas de la ciencia psicológica a la promoción, fortalecimiento y mantenimiento de la salud integral, así como el diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad”.

Los mismos autores mencionan que “La psicología de la salud tiene como objetivo principal la prevención y en este sentido, la modificación de los patrones de comportamientos y estilos de vida inadecuados para la salud de las personas (como por ejemplo, tabaquismo, dieta, alcoholismo, estrés, ejercicio físico, etcétera)” (op. cit.).

Por otro lado, el Colegio Oficial de Psicólogos, en su calidad de organización, de ámbito estatal, que agrupa institucionalmente a todos los psicólogos españoles definen: “La Psicología Clínica y de la Salud, es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología, que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta, para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar” (Rodríguez, 2002).

Dicha organización integra, por su parte, dos campos de especialización separados previamente existentes: la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud, dedicadas específicamente, una a los trastornos considerados clásicamente clínicos o mentales y la otra a los fenómenos y problemas

psicológicos en su relación con los problemas médicos o de salud en general. Todo ello, de acuerdo con la visión holística e integradora actualmente mantenida, tanto sobre la salud como sobre la enfermedad como un todo integrado biológico, psicológico y social (op. cit).

En cuanto a los principios, los conocimientos, las técnicas y los instrumentos que la Psicología Clínica y de la Salud aplica, en la definición se especifica que estos han de ser científicos, indicando con ello que aunque ésta constituye más una disciplina aplicada que una ciencia básica, los conocimientos en que se fundamenta han sido derivados científicamente, al igual que la totalidad de los conocimientos que constituyen la actual Psicología, definida como la ciencia dedicada al estudio de la conducta o el comportamiento humano a través de las distintas manifestaciones en que éste pueda tener lugar (cognitivas, emocionales, motoras o manifiestas y psicofisiológicas en general) y a la aplicación práctica y positiva de este conocimiento en los distintos ámbitos o contextos en que los sujetos humanos pueden desenvolverse (op. cit.).

Tal organización también refiere que los fenómenos a los que se aplica o que constituyen el centro de atención de la Psicología Clínica y de la Salud, son, en primer lugar, las denominadas anomalías o trastornos mentales o del comportamiento, entendidos éstos en un sentido amplio del término y no sólo en el estrictamente psicopatológico y más restringido habitualmente concedido en los manuales estandarizados de clasificación de trastornos psicopatológicos del tipo de la CIE-10 (OMS, 1.992) o del DSM-IV (APA, 1.994). No obstante de dichos comportamientos, esta área de la Psicología estudia y toma en consideración, igualmente, cualquier otro tipo de comportamiento que sea relevante para los procesos de salud y enfermedad, sea éste normal o patológico y referido tanto a un individuo como a un grupo, además de aplicar y estudiar cada vez con más dedicación, a los procesos y estados de salud y bienestar, tratando de asegurar los mismos o de reinstaurarlos en caso de que éstos se hubieran perdido, de

acuerdo con las importantes funciones complementarias de prevención y de educación para la salud (op. cit.).

El Colegio Oficial de Psicólogos manifiesta que entre sus objetivos y funciones que incluye o desempeña la Psicología y los Psicólogos Clínicos y de la Salud, destacan, como se recoge en la definición, los siguientes: evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir. Estas funciones incluyen, en general, la práctica totalidad de la actividad normalmente desempeñada por el psicólogo que trabaja en este ámbito, con la excepción de la actividad investigadora que no realizan, pero que mencionan que también deberían incluir en sus respectivos ámbitos aplicados (op. cit.).

En la definición se menciona por último, que dicha actividad desempeñada puede ejercerse o aplicarse en muy distintos y variados contextos, en concordancia con la complejidad y variedad del comportamiento y de la actividad humana y no sólo en el ámbito restringido del Centro Clínico, del Servicio de Salud Mental o del Hospital en general, aunque estos continúen siendo los principales ámbitos de aplicación de la misma (op. cit.).

1.3 Conceptos de salud y enfermedad

La salud ha sido una preocupación constante en todas las sociedades y culturas, hoy en día se puede considerar como uno de los grandes valores individuales y colectivos, por lo que su desarrollo constituye una necesidad fundamental, al que las personas e instituciones dedican una parte importante de sus recursos, tanto materiales como intelectuales. Ésta es considerada como un bien al cual las personas tienen derecho y que debe de ser conservado.

Definir la salud, es un intento de abstraer una percepción de la normalidad, tanto si consideramos el término normal en su sentido bioestadístico, como en el de norma o ideal. La primera de las consideraciones ha conducido a lo largo del

tiempo a tratar de conceptualarla de una forma mensurable, mientras que la segunda ha llevado a representarla como una meta o ideal a alcanzar (Gómez y Rabanaque en Colomer y Álvarez, 2001).

Desde el punto de vista del lenguaje humano, el término salud ha sido considerado como analogía de muy diversos hechos, en los que se ha generalizado la acepción de plenitud, totalidad o armonía, presente en muchas definiciones y que sin embargo, incluye un matiz subjetivo. Esta interpretación se debe también a la estructura analógica del lenguaje, que permite a su vez el establecimiento de diferentes niveles de comprensión y comparación de significados y por consiguiente, la elección de normativas diversas: biológicas, psicológicas, culturales, sociales e incluso morales (op. cit.).

Todos estos elementos hacen que el concepto de salud se vea influenciado por la evolución social, que incluye elementos de normalidad tanto objetivos como subjetivos y que se le defina desde puntos de vista diferentes, según la normativa elegida. La definición e interpretación conceptual han evolucionado a lo largo de la historia en función del valor social y cultural que se le ha dado en cada momento y de la metodología empleada para analizarla, así como también de los cambios sociales y económicos, que se observan fundamentalmente en los países desarrollados, donde el interés creciente por la salud ha ido determinando cambios conceptuales importantes (op. cit.).

Caplán menciona sobre la producción que se ha generado en las últimas décadas y que se hace patente con la aparición de numerosos estudios que intentan definir la salud desde diferentes puntos de vista como lo son: los antropológicos, sociológicos, médicos, históricos y filosóficos. Éste autor agrega también que las conclusiones han sido muy variadas y frecuentemente opuestas, incluso reconoce que el concepto de salud es difícil de definir y que es casi imposible alcanzar un acuerdo sobre cualquier definición que se proponga (en Sánchez – González, 1998).

Dada la complejidad en la definición del término se hace necesario precisar algunos de sus criterios implícitos como pueden ser los siguientes: 1) Ser una palabra que puede ser usada en múltiples y muy diferentes contextos de uso, 2) Ser utilizada partiendo de presupuestos básicos muy diferentes sobre lo que es la salud y 3) Resumir muchas aspiraciones ideales en torno al estado de vida que las personas desean alcanzar (op. cit.).

En 1948, en el preámbulo de su constitución, la OMS describió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad” (Álvarez, 1998).

Esta definición aportó importantes elementos innovadores a la definición clásica de “ausencia de enfermedades e invalideces”, ya que por primera vez se definió la salud en términos positivos y no negativos, además, se incluyeron las áreas mental y social como componentes de la salud, dio origen en todos los países a un amplio debate conceptual al respecto y también ha logrado que, en términos de jerga común y científica, se mencione de forma reiterada y por lo tanto, sea reconocida más o menos oficialmente como idea puesta en común sobre la salud. No obstante, también se han vertido críticas a esta definición, entre ellas destacan las siguientes: Equipara bienestar a salud, que no siempre es cierto ni claro, salvo si se refiere a bienestar social (está idea está más consensuada), es una definición utópica, puesto que se trata más de un deseo que de una realidad. Parece una declaración de principios y objetivos imposibles de alcanzar y por lo tanto, resulta poco operativa en el momento de determinar actividades para su consecución, se trata de una definición estática, lo cual está en contradicción con cualquier fenómeno biológico, utiliza el término completo cuando existen diversos grados de bienestar y de salud y por último, es una definición subjetiva, ya que hace referencia sólo a bienestar y no considera aspectos objetivos, como la capacidad de funcionamiento (op. cit).

Desde un punto de vista dinámico, Terris (1994) definió la salud como “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que vive inmerso el individuo y la colectividad” (Gómez y Rabanaque en Colomer y Álvarez, 2001).

Así mismo, la OMS, si bien no ha modificado la definición de salud, ha abandonado las definiciones maximalistas y utópicas y ha adoptado el concepto dinámico de salud. En la formulación de los objetivos de la estrategia Salud para todos en el año 2000, ya no aparece la palabra completa de su anterior definición del concepto de salud, sino que sus objetivos serán “que todos los habitantes de todos los países del mundo tengan el nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven” (op. cit.).

Sigerist (1941), plantea que “la salud es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo. Gol (1976), la define como “una forma de vivir autónoma, solidaria y alegre” (op. cit.).

Laframboise (1973), considera que la salud resulta de la interacción de un conjunto de factores que pueden agruparse en cuatro grandes categorías: los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de salud y la propia biología humana (que viene condicionada por la herencia genética). Blum (1974), da prioridad a estas categorías, dando la máxima importancia al medio ambiente, seguido por los estilos de vida y la biología y terminando por los sistemas sanitarios. Además, sugiere que estas cuatro categorías se relacionan entre sí a través de lo que el autor denomina los recursos naturales, el equilibrio ecológico, la cultura, los componentes del bienestar mental (como la satisfacción) y las características de la población (como el crecimiento o su composición genética) (Colomer y Álvarez, 2001).

Last (1977), presenta las siguientes definiciones de salud: “Estado de equilibrio dinámico en el que la capacidad de un individuo o de un grupo para enfrentarse a todas las circunstancias de la vida se encuentra en un nivel óptimo”. “Estado caracterizado por integridad anatómica, fisiológica y psicológica, con posibilidad de cumplir personalmente las funciones de importancia en el seno de la familia, del trabajo y de la comunidad; capacidad para enfrentarse al estrés físico, biológico, psicológico y social; sentimiento de bienestar y ausencia de riesgo de enfermedad y en último término, de fallecimiento a consecuencia de aquélla” (op. cit.).

La salud según Perkins, “es un estado de relativo equilibrio entre la forma y funciones del organismo, que resulta de su adaptación dinámica a las fuerzas que tratan de perturbarla. No es una interacción pasiva del organismo y las fuerzas que actúan sobre él, sino una respuesta activa de aquel, procurando su adaptación” (en Álvarez, 1998).

Para Gómez y Rabanaque (en Colomer y Álvarez, 2001) la salud puede ser estudiada y definida desde diferentes enfoques: sanitario, sociológico o económico, no obstante, dada la profunda imbricación e interrelación de estos aspectos, su distinción no resulta fácil. A fin de clasificar las definiciones sobre salud, éstas podrían incluirse en uno de los siguientes grandes grupos (op. cit.):

Grupo asintótico o de principio – fin. En él se incluyen las definiciones en que la salud llega a ser una asíntota, es decir, un horizonte al que es posible aproximarse pero que nunca puede alcanzarse. Aquí quedarían incluidas definiciones como la de la OMS de 1948.

Grupo elástico. Según este grupo de definiciones, la salud es presentada como la capacidad para resistir la amenaza de enfermedad y se describe una interacción positiva entre la persona, la comunidad y el ambiente. En este grupo se incluirían la mayoría de las definiciones holísticas y ecológicas de la salud.

Por otra parte, Epidemiológicamente, la enfermedad es el resultado de la interacción entre el agente agresor y el huésped susceptible, en un medio ambiente propicio, que los pone en contacto mediante la existencia de mecanismos de producción o transmisión. El conocimiento de estos elementos: agente, huésped y medio ambiente, es fundamental para conocer mejor los problemas en observación y para establecer los sistemas de control más convenientes (Álvarez, 1998).

Dentro del modelo tradicional o ecológico de enfermedad hay tres componentes (antes mencionados): el agente, el huésped y el entorno o ambiente. Entre los agentes de la enfermedad se encuentran: los biológicos, como los microorganismos infecciosos; los físicos, como el frío o el calor y los químicos, como los tóxicos. Los agentes biológicos constituyen el grupo más importante de agentes causantes de enfermedad; entre ellos se incluyen virus, hongos, bacterias, endoparásitos, etcétera (op. cit.).

Los factores del huésped son elementos intrínsecos que influyen en la susceptibilidad del individuo a los agentes anteriores. Propiamente se le denomina huésped al vegetal, animal o individuo humano capaz de albergar a un agente en la superficie corporal o en sus cavidades y tejidos. Habitualmente el agente actúa por sí mismo o por los cambios y productos de su metabolismo. La permanencia del agente en el huésped puede ser transitoria, en una fase de su ciclo vital o definitiva, lo que hace que se le considere como intermediario o definitivo, respectivamente. El huésped a su vez, reacciona ante la presencia de los agentes de manera diferente conforme a sus propias características y a las del agente. Esta interrelación determina la reacción clínica y los diversos síntomas según la etapa de la enfermedad (op. cit.).

Por último, el entorno está formado por elementos extrínsecos que influyen en la exposición al agente. La interacción entre los tres elementos de esta cadena determina, según este modelo, la aparición de la enfermedad. El medio ambiente es importante para la existencia de una determinada patología, ya que de él depende en gran parte la presencia o persistencia de distintas fuentes de infección o de producción de agentes estáticos; permite también el establecimiento de mecanismos de transmisión y la existencia de vectores, reservorios y huéspedes intermediarios en la flora, la fauna y en la población humana. El medio ambiente condiciona así, la patología regional. El medio ambiente es físico, biológico y social. El medio ambiente físico está representado por las características geográficas y climatológicas de la zona, el medio biológico está compuesto por la flora y la fauna del lugar en estudio; al medio social lo representan los conglomerados humanos; puede limitarse al núcleo familiar, de trabajo o de estudio, o extenderse a todos los habitantes de la zona. Del medio social se estudia su economía, nivel cultural, organización social, política, religión, movimientos migratorios, hacinamiento, organización sanitaria, etcétera. El medio ambiente puede convertirse en agresor o protector, o ser generador de situaciones adversas o condicionantes para la presentación de procesos morbosos de índole diversa (op. cit.).

La enfermedad depende así de las múltiples características de los tres elementos mencionados, por tanto no obedece a una sola causa (op. cit.).

Esta forma de entender los determinantes de la salud – enfermedad, se originó a finales del siglo XIX, en un momento en que las enfermedades infecciosas eran las principales causas de la enfermedad y muerte en los países desarrollados. Este modelo adopta un tipo concreto de relación causal, en la que un solo agente es suficiente para producir un único efecto o enfermedad y el huésped y su entorno se limitan a modificar o matizar el efecto de dicho agente. No obstante, a lo largo del siglo XX, los países desarrollados han experimentado un cambio en el patrón de las principales causas de muerte. Este cambio llamado

transición epidemiológica, consiste en la sustitución de las enfermedades infecciosas por las enfermedades crónicas, como las cardiovasculares o el cáncer y las lesiones por accidentes no intencionados (por ejemplo de tráfico). Aunque es posible extender este modelo para explicar estas nuevas causas de muerte y esta extensión conlleva un nuevo tipo de relación causal, en la que varias causas producen un único efecto (por ejemplo considerando que entre los elementos del huésped se encuentren estilos de vida que favorecen la aparición de enfermedad y que son de tipo causal), parece razonable adoptar un nuevo modelo, más amplio e integrador, que incorpore de forma más explícita los nuevos determinantes de estas enfermedades (Rodríguez y Abecia en Colomer y Álvarez, 2001).

Para mantener la salud del individuo y de las comunidades, es necesario considerar la enfermedad como un proceso en cadena, dinámico, cambiante, que precisa de observación continuada. El hombre cambia y modifica el ambiente; los agentes mutan o adquieren otras características y los grupos sociales actúan también en forma diferente en situaciones cambiantes. Por ello el clínico, el epidemiólogo y todo el personal de salud deben de estar atentos a estos cambios para comprender mejor los eventos patológicos y para actuar oportunamente en forma preventiva y curativa durante los tres periodos de la enfermedad (op. cit.).

1.3.1 Proceso salud – enfermedad

Con el desarrollo de las técnicas de investigación apegadas al pensamiento neopositivista, que surgió en la primera mitad del siglo pasado, las pesquisas biológico médicas tuvieron mayor éxito al indagar de manera sistemática y metódica las causas que explican y caracterizan el proceso salud – enfermedad. Para su comprensión cabal se ha polarizado el interés por los dos componentes del proceso, de tal manera que han ocurrido avances en la fisiología y la fisiopatología, en la histología y en la histopatología, en la psicología y la psicopatología, o en el conocimiento de las constantes biológicas normales y anormales. En años recientes se ha iniciado el estudio del genoma humano y se

han reconocido ya las mutaciones génicas responsables de varias enfermedades (Vega, 2000).

En el ámbito social, los investigadores positivistas se han preocupado por explicar el comportamiento del hombre, la forma en que interactúa y el modo en que se integra socialmente. Mientras tanto los epidemiólogos se han dedicado a estudiar los factores responsables del proceso salud – enfermedad, ya sea aquellos que conciernen a su biología y comportamiento, o bien los que son extrínsecos a su propia naturaleza. Por esta razón se ha suscitado una intensa búsqueda de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, para identificar los que están implicados causalmente en las enfermedades. Con este propósito se han desarrollado estrategias y métodos de estudio que han permitido establecer predicciones probabilísticas del riesgo de enfermar (op. cit.). Para Hernán San Martín, la salud y la enfermedad no son sino manifestaciones ecológicas entre el hombre y su ambiente total: físico, mental y social (en Álvarez, 1998). La salud y la enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del ser humano con el medio en que vive, tratando de adaptarse a éste. La ecología humana estudia dicho proceso. Éstos obedecen a los mismos factores externos e internos. Salud es adaptación y equilibrio entre ambos, enfermedad es desadaptación (op. cit.).

Para este autor, el medio es físico, biológico y psicosocial. Muchos de los elementos que lo forman, son necesarios para la vida y la salud; sin embargo, si se modifican, casi siempre por la acción del ser humano, pueden tener efectos desfavorables. Comenta con respecto a los factores psicológicos, culturales y sociales relacionados con la salud y la enfermedad, que aunque son conocidos, son menospreciados con frecuencia, a pesar de las consecuencias que producen, como la pobreza, la incultura, la ignorancia y la urbanización e industrialización causan trastornos físicos y mentales importantes, tales como estrés, neurosis, conductas antisociales, etcétera (op. cit.).

Siendo tan numerosos los factores que intervienen en la salud y en la enfermedad y tan variadas las respuestas del organismo, no puede pensarse que obedezcan a una sola causa. Se ha establecido el principio de multicausalidad que no tiene solamente un valor teórico o académico, sino que orienta para actuar, tanto sobre los factores específicos, como sobre los predisponentes, a fin de promover la salud y evitar la enfermedad (op. cit.)

El desarrollo de la Ecología y la Teoría General de Sistemas ha dado lugar a modelos o representaciones simplificadas, del fenómeno salud – enfermedad, que han aportado un marco de referencia para analizar la salud, los factores que influyen en ella y las actividades que deben emprenderse para mejorarla (Gómez y Rabanaque en Colomer y Álvarez, 2001).

Terris definió la salud como un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Este autor presentó el dinamismo del concepto de salud, destacando que la salud y la enfermedad pueden presentar diferentes grados o niveles, lo cual ha servido a su vez como punto de partida para el desarrollo de lo que ha venido a llamarse “continuo salud – enfermedad”. Esta visión aplicable tanto a individuos como a colectividades, plantea que la salud y la enfermedad forman un continuo cuyos extremos son el óptimo de salud en un extremo y la muerte en el otro. Además, en el centro existiría una zona neutra, no bien definida, en que resultaría difícil distinguir lo normal de lo patológico. Por todo ello, se acepta que la separación entre salud y enfermedad no es absoluta y que existe una dinámica de relación entre ambas.

1.3.2 Salud física y patología

Los expertos de la epidemiología establecen una definición de la salud física que dice “Es el equilibrio del individuo con su ambiente” (Conadic, 2003).

Los factores físicos de la salud, toman en consideración la relación entre el sujeto y su ambiente. El ser humano como respuesta de sus genes y su hábitat, responde de forma débil o muy fuerte de acuerdo a sus caracteres como individuo, entre los que se encuentran: (op. cit.).

- Organización neuronal
- Sistema endocrino
- Contenido de melanina
- Pigmentos Implantación capilar
- Estructura ósea
- Constitución muscular
- Potencial intelectual
- Temperamento
- Estatura
- Características de piel y cabello
- Complexión Fortaleza física

Los segundos (influencia ambiental) se refieren al ambiente físico y humano, en el que vive un ser. Entre otros tenemos los siguientes: (op. cit.).

- Alimentación
- Clima
- Medio ambiente
- Microorganismos
- Situación geográfica

Sin embargo, la epidemiología no se limita a señalar la relación medio – hombre, sino que también analiza con mayor detalle las diversas etapas de la interacción entre el agente y el huésped dentro del proceso de la enfermedad, descubriendo su evolución, desde antes de que ésta se presente y posteriormente cuando el individuo ha enfermado. Esta es la historia natural de la enfermedad física, desde la óptica del modelo ecológico. Se descubren en ella dos grandes periodos: el prepatogénico y el patogénico (Álvarez, 1998). En el primero se realiza la interrelación inicial entre el agente, el huésped y el medio; se rompe el equilibrio existente y se produce un estímulo que actúa sobre el huésped. Se presentan entonces dos posibilidades: el agente es destruido por las defensas inespecíficas del huésped y no hay enfermedad; o se implanta y deposita en el organismo, originando reacciones especiales del huésped todavía no identificables por estar abajo del horizonte clínico. Ésta es la etapa de patogénesis temprana, que se conoce como periodo de incubación en las enfermedades transmisibles o periodo de incremento o acumulación en los no transmisibles (op. cit.).

En el segundo periodo, el patogénico, los cambios titulares y las reacciones del organismo continúan, hasta hacerse aparentes con los signos y síntomas propios de la enfermedad. La evolución posterior es hacia la curación, por efecto de las defensas específicas del huésped o hacia la cronicidad, incapacidad o muerte, dependiendo de la oportunidad, eficacia o ineficacia del tratamiento preventivo o curativo instituido. La utilidad de reconocer la historia natural de la enfermedad es que permite precisar el momento oportuno para la aplicación de las medidas preventivas o curativas indicadas. Así, durante la educación y la realización de diversas acciones que mejoren el nivel de vida de la población. Es también el momento de las medidas de prevención específica o inmunizaciones y del establecimiento de normas para evitar accidentes y enfermedades en el hogar, en la calle, en la escuela y en los sitios de trabajo. La detección es la medida preventiva a aplicar tanto en el periodo prepatogénico como en el de patogénesis temprana. Es un procedimiento particularmente útil en las enfermedades crónico – degenerativas o de evolución prolongada (op. cit.).

La aplicación temprana de productos terapéuticos en el periodo patogénico es de utilidad porque busca detener el proceso de la enfermedad o limitar las complicaciones o secuelas del padecimiento; por esto debe de considerarse como es, una medida preventiva. Todas las medidas médico – preventivas apuntadas, requieren para ser aceptadas por los individuos y la población, de una permanente labor de educación, que toca realizar al médico y al personal de salud (op. cit.).

1.3.3 Salud mental y psicopatología

Históricamente, los avances de la medicina han sido dominados por la creencia de que las enfermedades tienen una causa específica y si esta causa es eliminada, la enfermedad podrá ser prevenida o curada. De hecho muchas enfermedades, como la viruela, han sido erradicadas o tratadas con base en estos conceptos (Conadic, 2003). Sin embargo, en la práctica médica esto no es sencillo, en la mayoría de los casos el curso de la enfermedad es complejo e involucra un rango de factores con diferentes niveles de causalidad. Por ejemplo, muchas infecciones bacterianas que causan enfermedades son bien conocidas y por ello se pueden usar antibióticos específicos para combatirlas. Sin embargo, la incidencia de las infecciones bacterianas comenzó a disminuir incluso antes de la era de los antibióticos. Esta disminución fue una respuesta a cambios que se realizaron sobre otros factores que influyen en la enfermedad, como la higiene, los aspectos nutricionales y sobre todo un aumento en la educación de la población (op. cit.).

La mayoría de las enfermedades y trastornos, que representan un alto impacto y una carga para la humanidad, tienen una causa multifactorial, determinantes y factores de riesgo y protección que interactúan entre sí, en un complejo sistema biopsicosocial. Los problemas de salud mental y específicamente los trastornos mentales se desarrollan a partir de éste y rara vez es posible identificar una causa única; por otra parte, la naturaleza exacta de las interacciones causales que afectan estos trastornos es frecuentemente desconocida (op. cit.).

Una causa es definida como un agente interno o externo, que resulta de una condición o trastorno en una persona que es susceptible a padecerlo. Asimismo, un determinante es un factor que opera en un sistema biológico o social, que produce una probabilidad para desarrollar una enfermedad; típicamente, los determinantes son mejor entendidos en términos de poblaciones sanas. La población de riesgo son los individuos que son vulnerables a un determinante en particular. La salud mental es el resultado de la armonía entre los aspectos biológicos y sociales del individuo, el desequilibrio entre ellos genera como consecuencia un trastorno mental (op. cit.).

Salud y enfermedad mental

Para la mayoría de los mexicanos los progresos que se han observado en el campo de las neurociencias en el nivel internacional, en los últimos años, no han repercutido en términos de su salud mental. Los nuevos conocimientos básicos, clínicos y terapéuticos acerca de los trastornos mentales, no han tenido el impacto esperado, porque no han podido llegar a las poblaciones con problemas de salud mental que lo necesitan; esto ha hecho que inclusive algunos trastornos se hayan incrementado de manera considerable. El concepto de salud mental no sólo es la ausencia de enfermedad, sino la capacidad del individuo y el grupo social para interactuar entre sí y con el medio ambiente, logrando el máximo bienestar individual y colectivo (op. cit.).

La OMS define a la salud mental como “la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental” (op. cit.).

Las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad mental reflejan una alteración de las funciones cerebrales, como la atención (trastorno por déficit de atención), la memoria (demencia), el pensamiento (esquizofrenia), el estado de ánimo (depresión), la sensopercepción (esquizofrenia), el aprendizaje (trastornos del desarrollo infantil) y la conducta, entre otros; los cuales interfieren en la vida y la productividad del individuo. El inicio de un trastorno mental puede ser súbito; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones suelen ser lentos y paulatinos y pueden ser desencadenados por una situación de intenso estrés y en otras se comportan como una enfermedad crónica. La detección temprana e intervención oportuna pueden cambiar drásticamente el curso de la mayoría de éstos, reduciendo significativamente la discapacidad que generan (op. cit.).

1.4 Modelos de salud

De acuerdo a la definición del término “modelo” propuesto por Plaza y Janes (1973), este se refiere a un ejemplar que alguien se propone y sigue en la ejecución de una obra o cualquier otra tarea. Ejemplar que por su perfección se debe de seguir e imitar.

Dicho concepto asociado al término de salud (anteriormente definido), nos sugiere que se refiere a un ejemplar (en el terreno de las ciencias de la salud) propuesto por alguien o por un grupo de personas, que bien podrían ser aquellas consideradas como autoridades en el campo de la salud y que sigue en la ejecución de una tarea, la cual podría ser la promoción de la misma, en los escenarios donde se le tome con interés. Este ejemplar, llega a ser considerado como “perfecto”, puesto que se encuentra bien ajustado a las expectativas de su tiempo y contexto; que una vez establecido se debe de seguir e imitar.

Para profundizar un poco más en el concepto que damos de modelo y en su relación con la salud, nos parece importante retomar la definición de ejemplar, para encuadrar con mejor precisión sus implicaciones semánticas. Ejemplar: “Que sirve de ejemplo o que merece ser puesto como ejemplo. Original, norma representativa, prototipo. Y por prototipo entiéndase el más perfecto ejemplar y modelo de una virtud, vicio o cualidad” (Plaza y Janes, 1973).

Adicionando lo anterior y reinterpretándolo, también podemos hablar de modelo de salud, a la propuesta particular de concebir, conceptualizar, entender, explicar e intervenir en la salud misma, dado en sus propios términos y parámetros establecidos, de acuerdo a un contexto, a su tiempo y a una ideología predominante, siendo de esta forma aceptado y validado socialmente. Del tal manera, que cuando un modelo llega a ser aceptado, empezando por los que lo construyen y siguiendo por los que lo retoman, representa ciertos ideales, razonamientos y supuestos, que llevan implícita una forma particular de cómo entender la salud, no sólo en el ámbito de lo teórico, sino también en el práctico y que en mucho tiende a volverse una “verdad científica”, que se transmite a la sociedad como un saber incuestionable y que debe de ser entendido y ejecutado como se establece.

Dicho modelo o ejemplar de la salud, que en principio está al alcance de la comunidad profesional que se relaciona con aspectos de salud, va siendo difundido por ésta a ciertos sectores de la sociedad, especialmente a aquellos que tienen acceso a servicios de salud sean públicos o privados y como parte de un proceso, se van generando construcciones de lenguaje social en torno al uso, al significado y a la experiencia vivencial de la salud. Cabe decir que tal proceso de difusión y promoción está condicionado a diversos factores, ejemplos de ello son: los medios de comunicación y de información (propios de su época), los recursos económicos destinados para ese fin, las estrategias y planes nacionales de salud, en las que se pueden incluir campañas específicas para atender esta parte.

Los modelos de salud tienen algunas características fundamentales como el partir de todas aquellas definiciones que se den de salud y que compartan características similares o modos particulares de ver el fenómeno dentro de una misma lógica, para así dar dirección a los esfuerzos que se hagan entorno a la salud, como también proporcionar coherencia y congruencia a dichas acciones, además de ser como una guía a la que es necesario apegarse para hallar un mismo fin. Otra de sus características inherentes, es que éstos evolucionan de forma constante y rápida, de acuerdo al desarrollo que van teniendo las ciencias que están involucradas en su elaboración y que es diferente en cada una de ellas, como puede ser el caso entre la medicina y la psicología, las cuales tienen un desarrollo histórico y práctico distinto. Cada modelo tiene en el momento de su creación y prevalencia su propia funcionalidad, es decir, responden en un momento y contexto particular a estas necesidades.

En este sentido, en el que los modelos de salud se encuentran influenciados por los avances científicos de su época, es que dejan ver los dominios que han de tener las distintas disciplinas implicadas, es decir, la responsabilidad que recae en ellas, lo cual marca la pauta en la práctica laboral entre el personal de salud, esto es, la forma particular de organizarse y de funcionar, determinando el porqué, el cuándo, el cómo y el dónde intervenir en los aspectos de salud, distinguiendo incluso en los niveles de autoridad para cada profesión, que a su vez son transmitidos a la población en general.

Lo mencionado en este apartado es de gran relevancia para el presente trabajo, respecto al modo de entender y vivir el estado de salud y enfermedad, a partir de un determinado modelo que nos es dado y que puede tener implicaciones importantes a nivel social y cultural y de donde se desprenden actitudes y creencias específicas para cada uno de ellos.

1.4.1 Modelo médico tradicional

El llamado modelo médico tradicional o también conocido en la literatura como el modelo biomédico, ha manejado a la salud como algo que hay que conservar o curar frente a agresiones puntuales, como accidentes o infecciones, utilizando la cirugía y la farmacología como armas para cumplir dicho objetivo, han sido por excelencia, los métodos utilizados para fines remediales o incluso preventivos, en donde los médicos han tenido la exclusividad en este campo (Labrador et. al., 1990 en Oblitas y Becoña, 2000).

Desde este punto de vista, cuando la gente se refiere a la salud, por lo regular piensa sólo en los aspectos físicos. Esto puede entenderse desde el marco de referencia de donde a partido, cuando la definición de salud más extendida en nuestra sociedad ha sido y es en la actualidad, la que considera a la salud como ausencia de enfermedad.

Desde el siglo XIX, los médicos han utilizado métodos basados en la experimentación y en la observación rigurosa para identificar las causas de las enfermedades. El desarrollo de la medicina científica, basada en estos métodos se produjo en tres frentes principales: la búsqueda de la alteración anatómica subyacente a la enfermedad, la indagación de las alteraciones de la función o fisiológicas y finalmente, la investigación etiológica dirigida a la búsqueda de los microorganismos causantes de enfermedades. En el desarrollo de cada una de estas tres vías (anatomopatológica, fisiopatológica y microbiológica) se encuentra el germen del modelo biomédico de atención a la salud. El médico por tanto, intenta explicar los síntomas y las molestias del enfermo a través de una alteración anatómica, de un desorden fisiopatológico o de las respuestas a la invasión por un microorganismo para intentar, de esta forma, corregir la anomalía mediante la administración de un fármaco que controle la alteración funcional o destruya el microorganismo o la manipulación quirúrgica de la alteración anatómica de la alteración funcional (Colomer y Álvarez, 2001).

Este modelo de actuación, aún cuando ha contribuido a mejorar el bienestar de los enfermos, carece de instrumentos que resuelvan o alivien los problemas de salud relacionados con el ámbito psicológico y social, o incluso la mayoría de los problemas aparentemente relacionados sólo con lo biológico, puesto que en este caso es imposible separar la enfermedad de una persona de su sufrimiento o controlar una enfermedad sin actuar (op. cit.)

Sin embargo, este modelo en el momento actual presenta numerosos vacíos, más cuando se trata de conceptualizar a las enfermedades crónicas, en donde se retoman explicaciones que únicamente toman en consideración variables biológicas mensurables (Oblitas y Becoña, 2000).

Lo anterior pone de relieve la filosofía que subyace a este modelo, que es en esencia reduccionista, esto es, que todos los fenómenos biológicos son reductibles a procesos bioquímicos básicos. En este se acepta la postura dualista, tan extendida y mantenida por centenares de años, donde la mente y el cuerpo son dos entidades separadas o dicho en otras palabras, los procesos psicológicos y los somáticos se excluyen mutuamente.

Cabe señalar que la medicina moderna aún no se desprende de este modelo, sigue focalizando los aspectos físicos de la salud y la enfermedad, ignorando la parte psicológica y social. Sus fundamentos actuales aún se asientan en esta forma de ver los fenómenos.

1.4.2 Modelo biopsicosocial

En las últimas décadas ha habido un giro en el modelo de salud, pues se considera a la salud como algo que hay que desarrollar y no como algo por conservar; para lo cual es necesario asociar no sólo la parte física, sino también todos aquellos aspectos psicológicos y conductuales.

Este modelo incluye diferentes niveles de organización (psicosociales y biológicos), que confluyen en un punto central: la persona. El estado de salud – enfermedad depende pues, de la interacción entre todos ellos. De esta manera, las ciencias naturales se han organizado para estudiar los diferentes niveles del sistema. La física y la química estudian los problemas a escala atómica y molecular, la biología continúa el estudio desde este nivel hasta el celular, la histología se ocupa de los tejidos y la fisiología del funcionamiento y coordinación entre varios de estos niveles. Asimismo, por encima del nivel de la persona se encuentra el objeto de estudio de la psicología y de otras ciencias sociales (Colomer y Álvarez, 2001).

En 1974 la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) propuso una nueva definición de salud en la que se contemplan tres dimensiones. “la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades” (Oblitas y Becoña, 2000).

A pesar de estas grandes modificaciones que hicieron del concepto otro absolutamente diferente, hace 29 años, aún no se ha podido modificar la mentalidad de todo el personal profesionalizado, como tampoco la de las personas; para lo que debe de ser necesario hacer muchas cosas más de las hechas hasta el momento, para poder tener una información diferente, que parta de la forma actual de ver a la salud y que permita un cambio significativo en las creencias, en las actitudes y en el estilo de vida de la gente.

Sin embargo, el solo hecho de conceptuar, entender, comprender, explicar e intervenir en la salud y la enfermedad con otra mirada, ha significado un gran paso científico, que ha determinado un creciente interés en el trabajo de diversas disciplinas y una mejor calidad de vida para algunos sectores de la población. Antes de su creación, hubo muchos teóricos que apoyaron la idea de modificar el anterior o mejor dicho, de intentar definir otro nuevo, que posibilitara una comprensión mayor y más eficaz de los estados de salud, en la que se hablara de

la importancia de los aspectos psicológicos, sociales y culturales, complementariamente con los biológicos, como un todo integrado e inseparable. Uno de ellos, reconocido en la literatura, es Engel quien en 1977, planteó un modelo nuevo, el biopsicosocial, apoyándolo en argumentos sólidos pero que no describió con detalle; este mencionó al respecto: El modelo médico debe de tener en cuenta al paciente, el contexto social en el que vive y el sistema complementario utilizado por la sociedad para tratar con los efectos perjudiciales de la enfermedad, esto es, el papel del médico y el sistema de cuidados de salud” (en Oblitas y Becoña, 2000).

1.5 Promoción de la salud

En las últimas décadas la Promoción de la Salud ha tenido un gran auge en la implantación de proyectos y programas que persiguen mejorar no sólo la cantidad sino la calidad de vida de la gente, por ello se le ha hecho un espacio en este trabajo, a continuación se abundará al respecto.

1.5.1 Antecedentes históricos

Dentro de las creencias y prácticas primitivas sobre cómo mantener la salud, se ha encontrado que diversas culturas hicieron uso de amuletos, talismanes, hechizos, etcétera, que incluso aún en estos tiempos llegan a persistir variantes de éstas mismas, como se puede evidenciar en el uso de pulseras magnéticas, amuletos obsequiados por indígenas, semillas en las muñecas de los niños, el uso de colores, entre otras, como prueba del interés de siempre por conservar la salud como un bien preciado y por lo tanto, este tipo de intervenciones se pueden asimilar a medidas promocionales y preventivas (Restrepo y Málaga, 2001).

La Biblia contiene una gran cantidad de información sobre prácticas preventivas tanto individuales como sociales, en especial el Antiguo Testamento, que está lleno de alusiones a medidas para proteger la salud colectiva. De acuerdo a los autores, la reglamentación del día de reposo, se puede considerar como una práctica sabia de la promoción de la salud, desatacando que muchas de estas recomendaciones se transformaron en normas religiosas hebreas, que nos permiten reconocer a los judíos hoy en día, como precursores de la protección de la salud de la población (op. cit.).

Para hablar de la salud en los griegos, se podría empezar por Esculapio (Asklepios), hacia 1250 a. c., siendo el dios de la salud y a quien se le rindió culto, persistiendo por mucho tiempo. Tuvo dos hijas, Panacea conocida como la diosa de la curación e Hygea, de la salud, quien dio origen a la palabra higiene. En los tiempos de los griegos la higiene tenía una connotación más amplia, a Hygea se le reconocía como diosa del arte de estar sano, entendiendo éste, como la moderación en el vivir o el orden natural de las cosas. Panacea por el contrario, era la diosa de las medicinas y de los procedimientos terapéuticos. Ambas están reconocidas en la obra Corpus Hippocraticum de Hipócrates. El balance entre Panacea e Hygea se ha roto en los tiempos modernos con la exagerada supremacía de lo curativo y con el gran desarrollo de la biotecnología, que a su vez está convirtiéndose en una determinante de inequidades en salud, al hacer la atención médica cada vez más costosa e inalcanzable. Para los fines de la promoción de la salud, lo importante para el futuro es restablecer el equilibrio entre Hygea y Panacea (op. cit.).

En los tiempos de Homero se pedía a los dioses una larga vida y si era posible una muerte sin dolor, es decir, un envejecimiento sano. En los siglos VI y V a.c. (Siglos de oro), abundaron los valores dados a la salud y a estar saludable. Los filósofos griegos consideraron que ser saludable era un altísimo don de los dioses. Platón decía que era mejor tener poco dinero y estar sano que estar enfermo y ser rico. Hipócrates fue el representante máximo del pensamiento griego sobre la vida sana como fuente de riqueza, hoy fundamental en la concepción de promoción de la salud. Los seguidores de Pitágoras fueron, más que médicos, una orden religiosa que recomendaba una vida pura, adquirida a través de dietas y prácticas especiales dando un gran valor a la música como terapia para restaurar el equilibrio. Dentro del rescate de los aspectos que influyen en el bienestar, no se puede desconocer al filósofo Epicuro, defensor de todas aquellas cosas que proporcionan el verdadero gozo por la vida (op. cit.).

Por otra parte, los griegos fueron elitistas en sus prácticas de salud porque las recomendaciones de vida sana eran posibles sólo para los aristócratas ricos que se podían dedicar al cultivo del cuerpo y al placer, pero no para los que tenían que trabajar y conseguir con su sudor el sustento, los esclavos no recibían la información (como sucede hoy con las poblaciones marginadas) que les asegurara una vida saludable (op. cit.).

Al parecer, además de ser la higiene para una minoría, los griegos exageraron las recomendaciones para tener una vida sana, lo que ocasionó múltiples críticas entre ellas las de Platón, quien incluso llegó a calificar de “enfermedad” o enfermiza esta preocupación, afirmando que el cuidado perpetuo de la salud parece otra enfermedad. Esta crítica se encuentra también hoy en los que se refieren a los promotores de la salud como “fascistas de la salud” (op. cit.).

La salud en el Imperio Romano tuvo una visión más realista de la salud, menos contemplativa, pero se conservaron principios higiénicos tomados de los griegos y egipcios. Médicos como Plutarco exaltaban el trabajo como fuente de salud, “el hombre en buena salud no puede tener un objeto mejor que dedicarse a las numerosas actividades humanas, la pereza no es saludable y no es verdad que la gente inactiva es más sana” (Silgerist, 1994 en Restrepo y Málaga, 2001).

Para los romanos el excesivo cuidado del cuerpo era inútil y afeminado y apareció una concepción más amplia de salud que incorporó a la mente, consagrada en el célebre aforismo “mente sana en cuerpo sano”. El filósofo Ateneo consagró en un hermoso pasaje lo que sería el ideal de desarrollo de los niños, integrando el desarrollo físico, mental y social. Galeno, el más famoso de los médicos romanos fue el primero que habló de los pre – requisitos para la salud: libertad de pasión e independencia económica, fueron los principales, considerados más importantes que la buena constitución física, porque no es posible llegar a una vida saludable sin independencia completa. Es muy desafortunado que éste pre – requisito haya sido tan desatendido en la historia del mundo (op. cit).

La gran contribución del Imperio Romano es sin duda, el sistema sanitario y las conducciones de agua, no igualados en la historia de la salud pública. Desde el siglo III se empezó la construcción de los famosos acueductos que incorporaron caudal de aguas de fuentes lejanas diferentes al Tiber, única fuente que tenía Roma. Las casas romanas fueron construidas con cañerías y desagües y magníficos baños públicos con cuartos para vestirse, roperos, agua caliente y fría y piscinas de natación. Se considera este aporte `pertinente a la promoción de la salud, por la importancia que tiene el contar con agua para que una comunidad sea saludable (op. cit).

Otra contribución de los romanos, no menos importante para las políticas públicas en salud, fue la institucionalización de hospitales y clínicas dentro del sector público. Pese a todo lo bueno, el Imperio Romano cayó por la corrupción moral y política, problemas que siguen atentando la equidad de hoy en día (op. cit).

Durante el cristianismo se reaccionó contra el cuidado del cuerpo y se resaltó al espíritu como principal elemento de la salud; “la higiene pagana no puede preservar la salud” y no son necesarias la dieta y el ejercicio, sino los bautismos, pero el cuerpo era el vehículo para llegar al alma, así que en la Edad Media, hubo espacio para la higiene colectiva, el baño jugó un papel importante, era necesario en la conmemoración de la Resurrección y en los monasterios existían baños de vapor (turcos) para los peregrinos. Se aceptaron las ideas de Galeno porque creía que el alma era más importante y duradera que el cuerpo y fueron abandonados los principios de Hipocráticos; no obstante en la Edad Media, se difundieron tanto los principios de Hipócrates como las ideas de Galeno, en pequeños tratados que resumían cómo debía vivirse y qué reglas había que guardar (op. cit).

Las condiciones cambiaron en el siglo XII, con las traducciones de los antiguos tratados de medicina y de higiene de los árabes. La contribución de éstos fue muy importante para la medicina. Con relación a la promoción de la salud, es digno de mención el filósofo judío Maimónides, nacido en Córdoba – España, quien escribió una guía de la salud personal llamada Libro del Consejo, que exalta la importancia del carácter sobre las viles riquezas y en su obra “Sobre las causas y naturaleza de la enfermedad”, hace énfasis en la prescripción del aire libre para conservar la salud y en la relación entre salud física y mental. De los musulmanes también es digno mencionar, la concepción de sus hospitales, que contaban con bibliotecas, jardines, patios para la lectura, narradores de cuentos para distracción de los enfermos y por las noches se tocaban suaves músicas para adormecer a los que sufrían de insomnios; pero lo más relevante desde el punto de vista de la

promoción de la salud fue la política de subsidios a los enfermos hospitalizados, a quienes se daba una cantidad de dinero suficiente para sostenerse hasta que estuvieran listos a reanudar su trabajo (op. cit).

De la Edad Media se puede decir que fueron muy pocos los avances en higiene y salud pública. Durante este periodo ocurrió la gran epidemia de la peste o muerte negra, que devastó al mundo en el siglo XIV y de la que surgió el concepto de cuarentena, única medida válida de protección de la salud comunitaria, que se aplicó y se sigue aplicando hasta nuestros días para evitar la expansión de epidemias por los viajeros (op. cit).

El Renacimiento contrario a lo esperado, no se caracterizó por grandes avances en la conceptualización de la salud, ni por las innovaciones en salud pública. Los siglos XV y XVI se caracterizaron por la lenta aplicación de los principios acumulados desde la antigua Grecia, con excepciones. Sin embargo, para efectos de la promoción de la salud, es muy positivo el movimiento renovador en el arte y la literatura y la reacción contra los dogmatismos de la Edad Media, sobretodo, la actitud abierta hacia todo lo creativo que se apoderó de la humanidad (op. cit).

La expansión del mundo con el descubrimiento de América produce el choque entre los conocimientos y prácticas de las culturas del nuevo mundo y los de los europeos, que tuvo grandes repercusiones para la salud. Debieron haber intercambiado no sólo enfermedades sino medidas de prevención y promoción, pero es lamentable la escasa información que se tiene al respecto. Parece que algunas culturas indígenas estaban bastante más adelantadas que los españoles en la concepción de la salud y la enfermedad. Es importante resaltar, que uno de los hechos más negativos en la historia de la salud pública y de la promoción de la salud, después de la conquista de América, es sin duda, el gusto que despertó el tabaco y el aumento enorme de su consumo hasta nuestros días (op. cit).

El siglo XVII registra importantes avances en la Medicina, no así en la Salud Pública. En el siglo XVIII por el contrario, sí marcó grandes cambios, en primer lugar porque se volvió a realzar la importancia tanto de la salud física como la de la mental, para el individuo y la sociedad; en segundo lugar, porque este reconocimiento determinó el que se hicieran grandes esfuerzos para promoverlas; pero los movimientos que se hicieron fueron muy diferentes, de un lado, se impulso una corriente absolutista, autoritaria, que consideraba que la protección de la salud debía de ser hecha por el Estado autocráticamente, por medio de leyes y regulaciones policíacas. Otra corriente totalmente diferente de este siglo XVIII, se inspiró en la filosofía de la Iluminación propia de este periodo y centrada en el individuo: el hombre es bueno, racional y es el único que puede cambiar su situación, pero es ignorante porque no se le da el conocimiento necesario; en cambio el Estado es corrupto, instrumento de tiranía y opresión. La educación es entonces la panacea y uno de sus mejores exponentes en el campo de la salud pública fue John Locke, quien formuló un programa de salud física y mental a través de la educación. El niño tuvo el mayor interés como objeto para las acciones de salud en esa época, debido al énfasis que se le dio a la educación (op. cit).

Hubo varios humanistas e idealistas destacados en esta época en materia de salud, a los cuales se les criticó que sus mensajes fueran sólo para las clases que podían leer. En aquel entonces como ahora, los mensajes saludables no llegaban a los analfabetos y por consiguiente, a los sectores más pobres (op. cit).

El siglo XIX fue de gran riqueza en adelantos científicos tanto en medicina clínica como en microbiología, patología, fisiología y medicina; son muchos los nombres de hombres ilustres de esta época como Bernard, Pasteur, Jenner, Finlay, Show, etcétera, que contribuyeron más al campo de la ésta, es decir, a las relaciones entre salud y condiciones de vida determinantes de enfermedad. En este periodo se relaciona la filosofía con la salud. Es a mediados de este siglo, cuando surgen con fuerza los conceptos de medicina social (op. cit).

La historia más reciente que antecedió a la renovación de principios y la construcción teórico – práctica de la promoción de la salud en el curso del siglo XX, se inicia precisamente con Henry Sigerist, uno de los más importantes salubristas de todos los tiempos. Fue el primero en usar este término para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria, por un lado y a las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida, por el otro. A él se le puede considerar también como el precursor de las Escuelas Saludables cuando dice: “la escuela es una de las instituciones más importantes de la salud pública”; su influencia se mantiene aún en los círculos más prestigiosos de formación y discusión de la salud pública. Otro nombre importante de este siglo es el de Thomas Mckeown, quien documentó científicamente los hechos que prueban que la reducción de la mortalidad en Inglaterra después de 1840, se debió en mucho mayor proporción al desarrollo económico, a una mejor nutrición y a los cambios favorables en el nivel de vida de los ingleses y no, a las intervenciones de tipo médico. Sus argumentos se consideran fundamentales en el marco teórico de la promoción de la salud que centra sus intervenciones en los determinantes de la salud (Vega, 2000). En América Latina son dignas de mención las corrientes de medicina social y de epidemiología social en las décadas de los 60’s y 70`s, que hicieron importantes cuestionamientos críticos a la teoría y práctica de la salud pública y que contaron con grandes pensadores, especialmente en Ecuador, México y Brasil (op. cit).

Lo que surgió después, pertenece a la construcción del marco de referencia de la nueva disciplina de la Promoción de la Salud en las últimas dos décadas. En dicho marco, se destacan diversos documentos con planteamientos, declaraciones, informes de conferencias internacionales, etcétera, de los que se tomaron los principios, estrategias y mecanismos que han hecho posible pasar de la retórica a la acción en la nueva salud pública, como se conoce a la Promoción de la Salud y que quedaron en gran parte incluidos en la Carta de Ottawa de 1986, documento donde ésta que se considera como el de máxima excelencia tanto en lo conceptual como en lo instrumental (op. cit).

La carta de Ottawa

La Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá 1986, organizada por la OMS, la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, reunió 200 delegados de 38 países y aprobó la muy conocida Carta de Ottawa, que se considera como el documento más importante para el marco de referencia de la Promoción de la Salud, porque no sólo sentó sus bases doctrinarias, sino que abrió el camino para pasar de la retórica a la acción. En la organización de dicha Conferencia, pesó la necesidad de reactivar el compromiso de los países miembros de la OMS para alcanzar la Meta de “Salud para Todos en el Año 2000”, que no avanzaba como esperaba, “el desarrollo de la Promoción es una reacción al fracaso anterior. . .es reconocer que la salud de la gente es uno de los recursos más productivos y positivos” (Mahler, 1986, en Vega, 2000). La Promoción de la Salud surge entonces, como una nueva forma de reactivar los procesos de acción intersectorial y las intervenciones en el terreno político, para lograr mejores condiciones de salud en el mundo. La Carta se acoge al nuevo concepto de salud discutido que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste, en que se necesitan estrategias definidas como la abogacía o cabildeo, la participación y la acción política, para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas, da un valor a los procesos de empoderamiento de los grupos y las personas, para que puedan desarrollar su máximo potencial de salud y a la mediación, para que intereses antagónicos se concilien y los actores de gobierno y ciudadanía, puedan modificar las condiciones que se oponen al bienestar. La agenda para impulsar las acciones se convierte en parte fundamental del documento y constituye la herramienta que ha hecho posible concretar las acciones propias de la Promoción de la Salud; contempla cinco grandes áreas estratégicas a saber (op. cit):

1. Construir Políticas Públicas Saludables.
2. Crear los entornos favorables (ambientes físicos, sociales, económicos, políticos, culturales).
3. Fortalecer la acción comunitaria.
4. Desarrollar aptitudes personales (estilos de vida).
5. Reorientar los servicios de salud.

Otras declaraciones y documentos que siguieron a la carta de Ottawa

A la Conferencia de Ottawa siguieron otras Conferencias Internacionales que produjeron declaraciones y planteamientos importantes, entre las que destacan: (op. cit.).

- ♣ Conferencia de Adelaida – Australia, 1988. Tema: Políticas Públicas Saludables. La Declaración de esta Conferencia, definió la política pública saludable como “la que se dirige a crear un ambiente favorable para que la gente pueda disfrutar de una vida saludable” y llamó la atención, sobre la necesidad de pedir cuentas a los que formulan las políticas públicas sobre su impacto en la salud.
- ♣ Grupo de Trabajo de la OMS, 1989. Tema: Promoción de la Salud en países en desarrollo. Dio origen al documento “Un Llamado para la Acción”, en el que se recomendaron estrategias de acción social como el abogar por causas de salud pública, el fortalecimiento del soporte social a las comunidades pobres y el empoderamiento de los grupos más postergados y marginados, todo ello, para que se pudieran reactivar los procesos de desarrollo en los países más pobres, afectados por la crisis económica de los 80`s.

- ♣ Conferencia de Sundsval – Suecia, 1991. Tema: Ambientes Favorables para la Salud. En sus conclusiones destacó la interdependencia entre la salud y el ambiente en sus diferentes dimensiones: físicas, culturales, económicas y políticas.
- ♣ Conferencia y Declaración de Santa Fe de Bogotá – Colombia 1992, con la participación de todos los países de América Latina. Tema: Promoción de la Salud y Equidad. Reafirmó los principios de la PS de la Carta de Ottawa y enfatizó sobre la importancia de la solidaridad y la equidad como condiciones indispensables para la salud y el desarrollo de esta región.
- ♣ Conferencia y Carta de Trinidad y Tobago, 1993. Tema: Promoción de la Salud del Caribe de habla inglesa. También reafirmó los principios y compromisos con la PS en esta subregión.
- ♣ Conferencia y Declaración de Yakarta, 1997. Considerada como la segunda gran conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud después de Ottawa. Planteó la necesidad de avanzar en la lucha contra la pobreza y otros determinantes de la salud en países en desarrollo. De igual modo, enfatizó sobre la movilización de sectores privados y la conformación de alianzas estratégicas.
- ♣ V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, México, 2000. Tema: Hacia una mayor equidad. México, junio 6 – 9 de 2000.

Estos documentos y numerosos artículos y libros, constituyen el bagaje con que cuenta la salud pública actual para jugar un papel más comprometido con los principios éticos de la vida en comunidad. No obstante, su desarrollo conceptual y metodológico ha sido un proceso de construcción difícil en los últimos años.

1.5.2 Definición y objetivos que persigue

La promoción de la salud ha traído también grandes confusiones para definir cuál es realmente su campo de acción y ubicación dentro de la salud pública. Como preámbulo de la descripción sobre las contribuciones más notables a la nueva teoría de la Promoción de la Salud, es fundamental señalar que su desarrollo se inicia como un cambio trascendental del concepto de salud, gestado en los últimos cuarenta años. El concepto biomédico hizo crisis y se ha generalizado un nuevo paradigma que considera a la salud como un concepto holístico positivo que integra todas las características del “bien estar humano” y que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas “necesidades básicas” y el derecho a otras “aspiraciones” que todo ser humano y grupo desea poseer; es decir, que además de tener donde vivir, qué comer, donde acudir si se está enfermo y contar con trabajo remunerado, también necesita acceder a otros componentes de la salud tales como: los derechos humanos, la paz, la justicia; las opciones de vida digna, la calidad de esa vida; la posibilidad de crear, de innovar, de sentir placer; de tener acceso al arte y la cultura y en fin, de llegar a una vejez sin discapacidades y con plena capacidad para continuar disfrutando la vida hasta que el ciclo vital se termine (Restrepo y Málaga, 2001).

No se puede separar este nuevo concepto de salud de la búsqueda de una práctica más comprometida con las necesidades y aspiraciones de la gente y con ello es ciertamente, un objetivo central de la Promoción de la Salud. Salud ya no es sólo disponer de atención a la enfermedad, sino que implica muchas otras cosas, por lo tanto, la cobertura y acceso a los servicios de salud no puede ser más la “meta” de la salud pública. La interrelación de la Promoción de la Salud con la equidad social está determinada a su vez por el nuevo paradigma de salud y tiene hoy grandes implicaciones en los procesos de reforma de los sistemas de salud. Se supone que dichas reformas buscan el respeto y la salvaguardia de los principios de equidad social y no solamente, la igualdad en el tipo de atención médica para todas las personas (op. cit.).

Terris (1992) afirma que “existe una gran confusión con relación al concepto de Promoción de la Salud, ya que este es un concepto amplio y la tendencia ha sido, para diferentes grupos limitarse a uno u otro aspecto de la formulación completa” (op. cit.).

Para muchos no es claro si este término se puede definir como una ciencia, una disciplina, una política o un programa. De acuerdo a lo que refieren Bunton y Macdonald (1992), la mejor concepción sobre la promoción de la salud “es que se acerca más a una disciplina académica o mejor aún a un conjunto de varias disciplinas académicas”, es decir, que la PS incorpora una serie de disciplinas dentro de su marco teórico – práctico, entre las cuales se identifican las siguientes: Política Social, Educación, Sociología, Psicología, Epidemiología, Comunicación, Mercadeo Social, Filosofía y Economía. Lo interesante es que todas estas disciplinas en conjunto tienen una identidad propia y aplica técnicas y metodologías que requieren un alto grado de experticia, creando así una fuerza multidisciplinaria para producir “bienes sociales” en la forma más efectiva, ética y equitativa posible. De acuerdo a como lo maneja Restrepo, la Medicina juega un papel dentro de la concepción de la promoción de la salud, guardando relación con la medicina social, pero mayor aún es la que tiene con la salud pública, llegando al grado de confundirse una con la otra, por lo cual, la llamada nueva salud pública se basa en los nuevos conceptos, estrategias y métodos de la promoción de la salud, ofreciendo las mejores potencialidades para fortalecer y apoyar un movimiento social, que busque un mejor nivel de salud y de calidad de vida de los diversos grupos de población en los diferentes territorios. Se le reconoce por ello, el carácter unificador que reúne diversos campos de estudio para lograr múltiples acciones; esto es, lo que le da el carácter de política, por cuánto envuelve aspiraciones que implican transformaciones profundas en los ambientes, los individuos y los grupos, para cambiar las condiciones negativas a su pleno desarrollo (op. cit.).

Según lo refiere la misma autora, la práctica de la salud pública no ha evolucionado al mismo ritmo en que lo ha hecho la Promoción de la Salud, trascendiendo la exclusividad del accionar médico, a la expansión a otros campos determinantes de ganancias de bienestar de poblaciones humanas. También comenta que el trabajo de salud pública / promoción de la salud, no se puede continuar circunscribiendo a los despachos de los funcionarios de salud, sino que se tiene que realizar en los espacios y gabinetes de gobernantes locales y líderes políticos, gerentes de otros sectores, organizaciones comunitarias de diversa índole, empresas privadas, organizaciones no – gubernamentales, etcétera. Esta nueva forma de actuar para conseguir el más alto compromiso de lograr una sociedad no sólo más productiva, sino también más justa y equitativa, constituye la esencia de lo que persigue la promoción de la salud y por ende la salud pública (op. cit.). Existen varias definiciones de Promoción de la Salud, entre las cuales se citan las siguientes: (op. cit.)

- ♣ Carta de Ottawa (1986): “Consiste en promocionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Más que una definición, es una propuesta para volver a la gente como la única que puede llegar a transformar su realidad y de tomar las decisiones para ello.

- ♣ OPS / OMS (1990): “Es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”. Esta definición fue aprobada por los Ministros de Salud de los países miembros de la OPS / OMS en el año citado, lo que revela que debieron pasar cuatro años desde Ottawa, antes que en esta región se hicieran los compromisos gubernamentales para incluirla como un componente de las políticas nacionales de salud.

- ♣ Hancock (1994): “Es la buena salud pública que reconoce las relaciones entre la salud, la política y el poder”. “Puede decirse que la promoción de la salud es acerca del poder a dos niveles: el primero, como el que extiende a los individuos y grupos para que sean capaces de tomar más control sobre sus vidas y su salud en el nivel personal y comunitario y en el segundo, en el que la salud se establece como una parte vital de la agenda política”. Este experto, enfatiza la interrelación íntima entre la salud y el poder, o la capacidad de los grupos para influir en políticas públicas que mejoren sus condiciones de vida y para tomar decisiones que atañen a su propia salud y calidad de vida.

- ♣ Nutbeam (1986): “Es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo, mejorar su estado de salud. Se ha convertido en un concepto unificador para todos aquellos que admiten que, para fomentar la salud, es necesario cambiar tanto las condiciones de vida como la forma de vivir”. Es una descripción más completa para facilitar la comprensión de la promoción de la salud y su carácter unificador.

- ♣ Kickbusch (1994): “No es el trabajo social de la medicina, por el cual pueden conseguirse unos pocos dólares extras. Realmente trata acerca de una nueva salud pública, un nuevo tipo de política pública basada en los determinantes de la salud”. Esta autora considera que la promoción de la salud ofrece espacios sociales legítimos, para asumir el desafío del cambio de una agenda centrada en el consumo de servicios de atención médica, hacia la producción social de la salud con la democracia y participación, en la que la promoción de la salud está profundamente comprometida.

Se puede continuar con una larga lista de citas sobre conceptos y definiciones, pero la muestra anterior es suficiente para percibir las diversas interpretaciones sobre los alcances de la Promoción de la Salud; sin embargo, es coincidente el concepto de que ésta se dirige a modificar fundamentalmente los determinantes de la salud, entendida ésta, como el bienestar y la óptima calidad de vida.

Un aspecto que vale la pena considerar en detalle sobre los conceptos y definiciones de Promoción de la Salud, es el de las dos dimensiones en que se implantan las intervenciones: la individual y la poblacional o colectiva, aunque como se ha visto, para muchos expertos la ésta se refiere siempre a la dimensión poblacional. Sin embargo, se acepta que hay algunas intervenciones promocionales en el ámbito personal, dirigidas a lograr cambios conductuales que genéricamente se conocen como los “estilos de vida”. En el ámbito más social, más estructural, es donde se plantean las acciones para modificar los ambientes físicos, sociales, culturales y políticos, para influir en las causas últimas o determinantes de las condiciones de vida/salud. Lo importante es que ambos niveles estén conectados, porque no se pueden concebir actividades educativas dirigidas al individuo para que cambie su comportamiento, separadas del marco de políticas públicas saludables y de procesos participativos de empoderamiento.

1.5.3 Calidad de vida y promoción de la salud

Desde finales del siglo XX, los procesos de desarrollo, vienen ocurriendo en un contexto caracterizado por profundos cambios en distintas dimensiones, con elementos comunes en la mayoría de los países que incluyen: el avance del proceso de globalización; la transformación que ha experimentado el sistema internacional, la democratización política, la creciente participación social; la formación de mercados subregionales comunes, la presencia cada vez más numerosa de la mujer en las actividades de la vida política, social y económica; la expansión de los vehículos de comunicación social; el surgimiento y difusión de un

nuevo paradigma tecnológico, las facilidades para el acceso internacional a la información técnica y científica; la tendencia decreciente de la mortalidad y el envejecimiento creciente de la población; la urbanización y las migraciones internas y externas; la contaminación ambiental; el crecimiento proporcional de las enfermedades crónicas asociadas a determinantes, condiciones y estilos de vida; la persistencia de grandes grupos con elevados índices de pobreza; el desempleo y la informatización del trabajo; la agudización de las brechas sociales; la transformación de los valores tradicionales; el debilitamiento de la soberanía del Estado Nacional y la redefinición de las funciones del Estado en la Sociedad (OPS, 1990, en Restrepo y Málaga, 2001). Como ciudadanos del siglo pasado, hemos sido espectadores y partícipes de cambios dramáticos y sorprendentes del siglo XX, que manifestaron la constante búsqueda de diferentes opciones de vida y concededores que a través de toda la historia de la humanidad ha sido evidente la creación de entornos, tecnologías, conocimientos, teorías, elementos y artículos para la vida diaria, que contribuyeron a lograr mejores condiciones y calidad de vida (op. cit.).

El término “calidad de vida” empieza a utilizarse a partir de los años 70, como una reacción a los criterios economistas y de cantidad que rigen en los llamados “informes sociales”, “contabilidad social” o estudios de nivel de vida. La OCDE establece por primera vez en 1970, la necesidad de insistir en el crecimiento económico no es una finalidad en sí mismo, sino un instrumento para crear mejores condiciones de vida, por lo que se ha de enfatizar en sus aspectos de calidad. La calidad de vida está relacionada con condiciones de vida, con aspectos como educación, salud, ambiente, aspectos socioculturales, satisfacción, estilos de vida, aspectos económicos. No existe una teoría única que defina la calidad de vida. Este término y los que le han precedido en su genealogía ideológica, remiten a la evaluación de una experiencia que de su propia vida tienen los sujetos. Tal evaluación no es un acto de razón, sino más bien un sentimiento. Lo que mejor designa la calidad de vida es la calidad de vivencia que de la vida tienen los sujetos (op. cit.).

Analizar la calidad de vida de una sociedad, significa analizar las experiencias subjetivas de los individuos que la integran y la percepción que tienen de su existencia dentro de ella. Exige en consecuencia, conocer cómo viven los sujetos, cuáles son sus condiciones objetivas de existencia y qué expectativas de transformación de estas condiciones tienen y evaluar el grado de satisfacción que consiguen (op. cit.).

Así mismo, el analizar esta calidad exige considerar de manera indispensable un estándar colectivo, que únicamente es válido para el momento y contexto específico de su establecimiento. Un aspecto fundamental a considerar es el proceso relacional dinámico entre los conceptos referidos y la realidad social, que afectará profundamente el nivel de satisfacción. La calidad de vida como concepto que usa parámetros subjetivos para constituirse, es influenciable (op. cit.).

Así, la mayoría de los autores conciben la calidad de vida como una construcción compleja y multifactorial sobre la que pueden desarrollarse algunas formas de medida objetivas a través de una serie de indicadores, pero donde tiene un importante peso específico la vivencia que el sujeto puede tener de sí mismo (Álvarez, 1998).

Para abordar la aproximación empírica del estudio de la representación social de la calidad de vida, es necesario limitar un ámbito particular dentro de todas sus conceptualizaciones posibles. Diferentes autores han ido configurando cuatro grandes ámbitos de interés y preocupación (op. cit.).

- ♣ El primero incluye aspectos que se consideran decisivos para el bienestar general del ciudadano: trabajo, educación, sanidad, vivienda y equipamientos.

- ♣ El segundo, relacionado con la contribución que tiene el medio; la calidad ambiental en la calidad de vida y que vive representada por la calidad del ambiente atmosférico, el ruido, la calidad del agua, etcétera.
- ♣ Un tercer ámbito de naturaleza psicosocial, vinculado al ámbito interactivo del sujeto: relaciones familiares, relaciones interpersonales, ocio, tiempo libre, por ejemplo.
- ♣ Un cuarto ámbito que hace referencia a aspectos de cierto orden socio – político, tales como la participación social, la seguridad personal y jurídica.

La Promoción de la Salud se convierte en una estrategia que pretende enfrentar los desafíos de reducir la inequidad, incrementar la prevención y fortalecer la capacidad de las personas para hacer frente a sus problemas. El nuevo enfoque de promoción de la salud representa un proceso que habilita a los sujetos para el mejoramiento y/o control sobre su salud, fortaleciendo el autocuidado, las redes de apoyo social, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y de creación de ambientes favorable a la salud (op. cit.).

La Promoción de la Salud para ello se vale de cinco áreas para su implementación: La formulación de políticas públicas saludables que promueven la salud en todos los sectores de la sociedad; fortalecimiento de las acciones comunitarias y la participación de la gente en las decisiones sobre sus condiciones de vida y de salud; desarrollo de aptitudes personales para tomar decisiones saludables; reorientación de los servicios de salud con el fin de realizar acciones de promoción y creación de ambientes físicos, sociales, culturales favorables para el desarrollo humano y de la sociedad y la disminución de las inequidades sociales (op. cit.)

En el desarrollo y la contextualización de la promoción de la salud es importante considerar los enormes cambios que están enfrentando los países en todo el mundo: la globalización de los mercados, el potencial de la tecnología de las comunicaciones masivas y la extrema velocidad en que se está modificando nuestro ambiente físico y social. La promoción de la salud desde una perspectiva transformadora pretende la identificación y comprensión de aquella parte de la realidad que se quiere transformar y sobre la que se puede ejercer un control real, la capacidad potencial del cambio con los recursos a su alcance. Entonces, considerar hechos nacionales y locales también permite desarrollar de manera correcta acciones de promoción de la salud. Ésta privilegia su actuar en los niveles locales donde es posible conocer las verdaderas necesidades de los pobladores, sus recursos, actividades, aspectos sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, religiosos, por ejemplo, que posibilitan el desarrollo local en la medida que se conozcan y se consideren factores de éxito en las intervenciones (op. cit.).

El desarrollo y mejoramiento de las condiciones de vida suceden en realidad en el nivel local. Diferentes espacios se pueden favorecer o privilegiar en los municipios, como la escuela, la familia, los barrios, con el fin de acercar propuestas que mejoren el conocimiento, permitan que se tomen decisiones basadas en las necesidades de los diferentes grupos, se realicen intervenciones que equilibren las condiciones de vida, especialmente de los que han sido excluidos socialmente (op. cit.).

Todas las organizaciones, instituciones y sectores que hacen presencia en el municipio son actores del desarrollo. La promoción de la salud por esto, no es campo exclusivo del sector salud; en la medida en que se entienda que ésta busca mejorar las condiciones de vida y el desarrollo de las sociedades y que cada uno de nosotros también contribuye con este fin, se podrán articular acciones para construir una sociedad donde todos tengan posibilidades y sea más justa (op. cit.).

Capítulo 2. **EL SECTOR SALUD**

“Educar es comunicar conocimientos y promover actitudes que lleven a la madurez personal”.

- Enrique Rojas -

Capítulo 2. **EL SECTOR SALUD**

El otorgamiento de los servicios de salud a la población abierta, se encuentran a partir de la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el 5 de Febrero de 1917 (Salubridad, 2000). Ciertamente el desarrollo del sector salud ha tenido episodios dignos de destacarse, por lo que se resaltarán los momentos más importantes de su evolución.

2.1 El Sector Salud

El sector salud nace en 1977 como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la secretaría de salubridad y asistencia, con el fin de asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud (López, 1993).

2.1.1. Evolución

El antecedente del otorgamiento de los servicios de salud a la población abierta, se encuentran a partir de la promulgación de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el 5 de Febrero de 1917. En 1926, se crearon en las entidades federativas las Juntas de Beneficencia Pública y las Delegaciones de Sanidad Federal. El 20 de Enero de 1932, se creó la Oficina de Servicios Coordinados de Salubridad en todos los Estados, para fomentar la coordinación entre los niveles de gobierno. En 1934, año en que se constituyó la Secretaría de Asistencia Pública, se estableció la Jefatura de los Servicios Estatales de Salubridad, así como los niveles jurisdiccional y local (Salubridad, 2000).

En 1567 se gradúa en la Universidad de México el primer doctor en medicina, Pedro Farfán. En 1805, se crean hospitales en las capitales que destinen una sala para conservar la vacuna y aplicarla y promover su uso. Las juntas de sanidad se originan en los albores de la independencia (1810-1822), como una respuesta de los representantes de los cabildos municipales y eclesiásticos que promueven los primeros decretos de salud en favor de la sociedad (López, 1993).

Las Leyes de Reforma en 1854 y la Constitución promulgada en 1857 intentan garantizar la propiedad, la vida y el pensamiento de los mexicanos. Estas bases legales tienen repercusiones en salud y en 1872 se crean las Juntas de Salubridad Estatales y Juntas de Sanidad en los Puertos. Las acciones de prevención y restauración de la salud se limitan a la expresión de algunos grupos y sistemas sociales preocupados por el bienestar de ciertos núcleos de población desprotegida (op. cit.).

Durante el régimen dictatorial del final del siglo XIX se expide el Primer Código Sanitario, que concede autoridad al Ejecutivo Federal sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios en 1894. Cinco años después entra en vigor la Ley de Beneficencia Privada para el Distrito y Territorios Federales, que establece una junta para promover y vigilar los establecimientos de salud. Como consecuencia de la primera revolución social del siglo XX, en 1917 se inicia una nueva era con la Constitución Política de Querétaro, cuyo Artículo 73 confía la salubridad general de la República a los poderes nacionales y se crean el Departamento de Salubridad y el Consejo de Salubridad General (op. cit.).

En 1934 entra en vigor la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, la cual promueve convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los Gobiernos de los Estados para la creación de los Servicios Coordinados de Salud Pública, órganos regionales para lograr la unificación técnica de los servicios y sumar los esfuerzos de los dos niveles de gobierno. En 1937 se crea la Secretaría de Asistencia, la cual se fusiona en 1943 con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia con facultades legales para organizar, administrar, dirigir y controlar la prestación de servicios de salud, la asistencia y la beneficencia públicas. En ese mismo año se confía a la Secretaría de Salubridad y Asistencia la administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública (op. cit.).

En 1954 se crea la Comisión Nacional de Hospitales para orientar los programas de construcción de unidades hospitalarias. En 1977 se establece el Sector Salud con base en la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, entendido como el agrupamiento administrativo de entidades paraestatales bajo la coordinación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con el fin de asegurar la coordinación operativa y el control de las entidades que actúan en el campo de la salud. En 1978 se instituye la Comisión Intersecretarial de saneamiento Ambiental, como instancia de apoyo a la coordinación de las acciones que en materia de mejoramiento del ambiente llevan a cabo distintas dependencias y entidades (op. cit.).

En 1981 se crea la Coordinación de los Servicios de Salud, dependiente directamente del Presidente de la República, con el fin de realizar estudios conducentes al establecimiento de un Sistema Nacional de Salud que diera cobertura a todos los mexicanos. En 1982 se conjuntan los trabajos de la Coordinación de los Servicios de Salud y los planteamientos recogidos en consulta popular, con el fin de expresarlos en iniciativas de ley, en programas y en estrategias. En ese año se somete al Congreso de la Unión la Reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, para otorgar a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia la atribución de establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general (op. cit.).

El Ejecutivo Federal formula el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988, consolida la conformación del Sector Salud e instruye la operación del Gabinete de Salud para propiciar la acción sinérgica y comprometida de las instituciones que prestan servicios de atención médica, salud pública y asistencia social. En el periodo se impulsa una reforma jurídica, estructural y operacional de los servicios públicos de salud del gobierno de la República, con el fin de avanzar con celeridad y firmeza en el cometido de hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, mediante un Sistema Nacional de Salud armónico y coherente y con un esquema de compromisos sociales bien establecidos en el Programa Nacional de Salud 1984-1988 (op. cit.).

La actual etapa de desarrollo entre 1989 y 1993 se caracteriza por el propósito de establecer y consolidar el Sistema Nacional de Salud, apoyado en la descentralización y sectorización conducidas por la Secretaría de Salud. Esta etapa se identifica también por el uso intensivo de la programación sectorial como ejercicio participativo, democrático y ordenador que permite el uso eficiente de los recursos y la adopción de medidas necesarias para el ejercicio del derecho a la protección de la salud (op. cit.).

El sistema mexicano de salud tiene tres grupos de prestadores de servicios. El primero incluye a las instituciones que atienden a la población no asegurada, que es de alrededor del 40 por ciento de los mexicanos, en su mayoría pobres del campo y la ciudad. Las instancias más importantes de este rubro son la SSA y el Programa IMSS-Solidaridad. El segundo componente es la seguridad social, que da atención a más de 50 por ciento de la población: el IMSS tiene a su cargo a los trabajadores del sector formal de la economía, mientras que el ISSSTE atiende a los empleados públicos; las fuerzas armadas tienen sus propias instituciones, al igual que los trabajadores de PEMEX. Por último está el sector privado, al cual puede acudir cualquier persona con capacidad de pago (Gaceta de Salud, 2003).

2.2 Seguridad Social

La finalidad de la seguridad social es 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 (ISSSTE, 1998).

La historia moderna de la seguridad social se remonta a los años cuarenta del siglo XX. Cuando aún no concluía la II Guerra Mundial, los gobiernos consideraron que un mundo basado en la justicia y la igualdad tendría que estar sustentado en organizaciones sociales más humanas y justas, con el propósito de que todos los hombres pudieran tener trabajo, progreso económico y seguridad social. En la posguerra, el artículo 25 de la declaración de los derechos humanos de la OMS (Organización de las Naciones Unidas), dice: "... toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a ella misma y a su familia la salud, el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios..." (ISSSTE, 1998).

De esta manera es como el término de *seguridad social* cobró importancia en el mundo y considerado por las Naciones Unidas como uno de sus objetivos básicos. Posteriormente se desarrolló un importante movimiento internacional a favor de la promulgación de legislaciones referentes a la seguridad social. Un ejemplo de ello es la ley y la creación en 1943 del Instituto Mexicano del Seguro Social, cuya historia se describe en el siguiente apartado (op. cit.). Los antecedentes del aseguramiento de los trabajadores y de sus familiares aquí en México, se encuentran a principios de este siglo, al final de la época porfiriana en 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 éstos se ve la obligación para los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores. Para 1915 se formuló un proyecto de Ley de Accidentes que establecía las pensiones e indemnizaciones a cargo del empleador, en el caso de incapacidad o muerte del trabajador por causa de un riesgo profesional (IMSS, 2003).

2.2.1 IMSS

La historia del IMSS comenzó en 1935, cuando el presidente Lázaro Cárdenas envió a los legisladores un proyecto de ley del Seguro Social, en el cual se encomendaba la prestación del servicio a un Instituto de Seguros Sociales, que incorporaría a todos los asalariados, tanto industriales como agrícolas. Se elaboró un nuevo proyecto, el cual se refería a la creación de un Instituto de Seguros Sociales, de aportación tripartita que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones y que cubriría o prevendría los siguientes riesgos sociales: enfermedades profesionales y accidentes de trabajo, enfermedades no profesionales y maternidad, vejez e invalidez y desocupación involuntaria. Aprobado el proyecto por un consejo de ministros, pero no por los legisladores, fue enviado a la Cámara de Diputados en diciembre de 1938 (op. cit.).

La situación de guerra en 1939 motivó la búsqueda de soluciones a los problemas de desigualdad económica y social, alrededor del mundo lo que favoreció las condiciones para que en 1942 se implantara en México el Seguro Social. En ese diciembre se envió a las Cámaras la iniciativa de Ley, proponiendo que se cumpliría uno de los ideales de la Revolución Mexicana: *proteger a los trabajadores y asegurar su existencia, su salario, su capacidad productiva y la tranquilidad de la familia; contribuir al cumplimiento de un deber legal, de compromisos exteriores y de promesas gubernamentales*. El Congreso aprobó la Iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social. Para administrarlo y organizarlo, se decreta la creación de un organismo público descentralizado, con personalidad y patrimonio propios, denominado Instituto Mexicano del Seguro Social (op. cit.).

El primer director fue Vicente Santos Guajardo quien realizó proyectos e investigaciones de las experiencias de otros países en el campo de la seguridad social para aprovecharlas en México, hizo 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 de 1944 mientras tanto se inscribieron los patrones (op. cit.).

Al principio se vieron algunas manifestaciones de inconformidad provenientes de sectores empresariales que se resistían al nuevo pago implicado en las cuotas de la seguridad social. Curiosamente, también algunos grupos sindicales realizaron numerosas expresiones de rechazo. Paulatinamente se fue aceptando debido a la actitud decidida del gobierno de poner en marcha el Seguro Social en todos sus ramos. Antes de que concluyera 1946 el sistema operaba ya en Puebla, Monterrey y Guadalajara. En el período 1946-1952, se fue consolidando en el Instituto un notable equipo sociomédico, al tiempo que se ampliaban los servicios y el régimen se extendía a otras entidades federativas. Se inauguró el primer hospital de zona, La Raza y también el edificio principal ubicado

en el Paseo de la Reforma, de la ciudad de México. Durante la administración 1952-1958 se buscó asegurar el equilibrio financiero de la Institución mediante la reorganización administrativa. Se diseñó un plan de inversiones que incluía la construcción de grandes unidades hospitalarias y se inició en el Distrito Federal el sistema de Medicina Familiar. A finales del período estaban cubiertos los principales centros industriales y agrícolas del país (op. cit.).

A partir de ahí fue creciendo el número de asegurados y beneficiarios, así como la cantidad de prestaciones a otorgar. Por las reformas a la Ley del Trabajo de 1962 quedó a cargo del Instituto proporcionar los servicios de guardería infantil para los hijos de trabajadoras. El Centro Médico Nacional entró en funcionamiento pleno y se ampliaron los servicios de prestaciones sociales por medio de teatros, actividades deportivas y talleres. Para 1964 se encontraban protegidos por el Seguro Social poco más de 6 millones de mexicanos, entre 1964 y 1970 el número creció a 50 millones (op. cit.).

Durante 1972 se iniciaron estudios para realizar múltiples e importantes adiciones a la Ley del Seguro Social; fueron aprobadas por el Congreso de la Unión y publicadas en marzo de 1973. La nueva Ley ampliaba los beneficios del régimen obligatorio, extendía la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados e implantaba el ramo de guarderías en toda la república. El rasgo de esta Ley es la intención de que el Seguro Social tienda a construir una "seguridad social integral", en estos términos se entiende la facultad otorgada al IMSS, de extender su acción a poblaciones marginadas, sin capacidad de pagar cuota alguna. Así comenzó a operar el Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria, financiado por la Institución y por el Estado. Se convirtió, en 1979, en el Programa IMSS-COPLAMAR por Cooperación Comunitaria y posteriormente cambia su nombre por Programa IMSS-Solidaridad (op. cit.).

Para 1987 el régimen ordinario cubría ya a casi 33 millones de mexicanos, de los cuales más de 7 millones eran asegurados permanentes. Las crisis económicas de los últimos tiempos han afectado seriamente la situación financiera y operativa de la Institución. Durante todo el año 1995 se realizó un 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 de 1996, la cual modifica radicalmente el sistema de pensiones para asegurar su viabilidad financiera y una mayor equidad en el mediano y largo plazos. Actualmente la población derechohabiente asciende a 46 millones 813 mil 307 personas. El total de asegurados permanentes llegó a 12 millones 410 mil 533 y el total de pensionados es de dos millones 22 mil 472 (op. cit.).

El Instituto actúa como uno de los mecanismos más eficaces para redistribuir la riqueza social y contribuye así a la consecución de la justicia social en el país. Entre otras funciones, la labor institucional ayuda a amortiguar presiones sociales y políticas. La protección se extiende no sólo a la salud, sino también a los medios de subsistencia, cuando la enfermedad impide que el trabajador continúe ejerciendo su actividad productiva, ya sea de forma temporal o permanente. El propósito de los servicios sociales de beneficio colectivo y de las prestaciones fundamentales se orientan 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" (IMSS, 2003).

2.2.2 ISSSTE

La segunda institución de salud más importante de este país es el ISSSTE, encargado de brindar atención a los empleados federales, a continuación se describe la historia de ésta.

En el año de 1959, el presidente Adolfo López Mateos presentó al Congreso de la Unión la iniciativa de ley para la creación del ISSSTE. Su aprobación fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de Diciembre. Por lo que en enero de 1960 la nueva institución comenzó sus actividades (ISSSTE, 1998).

El 1º de Octubre de 1960, la Dirección de Pensiones Civiles creada por la Ley de Pensiones Civiles de Retiro del 12 de agosto de 1925, se transforma en un organismo que se denomina Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, ISSSTE, que tiene carácter de Organismo Público Descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios (ISSSTE, 2003).

Las áreas de servicio de esta institución cubren tanto prestaciones relativas a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, y extiende estos beneficios a los familiares de los trabajadores y pensionistas. Las personas protegidas por el Instituto comprenden a trabajadores al servicio de la Federación y del Departamento del Distrito Federal, trabajadores de Organismos Públicos que por Ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal sean incorporados al régimen, así como a los pensionistas de dichos Organismos (ISSSTE, 2002).

Desde el primer año de actividades operaban ya tres guarderías y la primera tienda. El primer velatorio para servicios funerarios inició operaciones en 1967. El Fondo de Vivienda se puso en marcha en 1972 y un año antes se autorizaron los préstamos para la adquisición de automóviles (op. cit.).

En la actualidad el ISSSTE protege alrededor de diez millones de habitantes del país, lo que significa que uno de cada diez mexicanos es atendido por la Institución. La atención médica se encuentra organizada en tres niveles. El primero comprende consulta externa y atención a los programas de medicina preventiva en las más de mil unidades de medicina familiar distribuidas en toda la República. El segundo nivel imparte medicina de especialidad en sus modalidades de consulta externa y hospitalización, a través de las más de ochenta clínicas-hospitales. El tercer nivel de atención médica lo forman los once hospitales regionales que proporcionan servicios médicos de alta especialización (op. cit.).

En el ramo de las prestaciones económicas se otorgan créditos a corto y mediano plazo y el pago de pensiones. Además asesora en trámites relativos al Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR). El fondo de Operaciones y Financiamiento a la vivienda otorga anualmente cuarenta mil créditos hipotecarios a los trabajadores. La prestación de los servicios sociales y culturales incluye la atención a los hijos de los trabajadores, la recreación y la cultura y los servicios funerarios. Las guarderías han sido sustituidas por las estancias de Bienestar y Desarrollo Infantil que proporcionan educación integral a treinta mil niños en las 1154 unidades de servicio distribuidas en el territorio nacional (op. cit.).

Cuenta además con programas de educación abierta y de promoción de descuentos en colegiaturas. En educación abierta los niveles alcanzan hasta bachillerato en coordinación con la Secretaría de Educación Pública y el Instituto Nacional de Educación para los Adultos. Por otra parte el ISSSTE gestiona descuentos en colegiaturas en ocasiones hasta el 70% en todos los niveles de estudios y en los más diversos tipos de carrera (op. cit.).

Este Instituto tiene a su cargo las siguientes prestaciones:

- Seguro de enfermedades no profesionales y maternidad.
- Seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- Servicios de reeducación y readaptación de inválidos.

- Servicios que eleven los niveles de vida del servidor público y de su familia.
- Promociones que mejoren la preparación técnica y cultural y que activen las formas de sociabilidad del trabajador y de su familia.
- Créditos para la adquisición en propiedad, de casas o terrenos para la construcción de las mismas, destinados a la habitación familiar del trabajador.
- Arrendamiento de habitaciones económicas pertenecientes al Instituto.
- Préstamos hipotecarios.
- Préstamos a corto plazo.
- Jubilación.
- Seguro de vejez.
- Seguro de invalidez.
- Seguro por causa de muerte.
- Indemnización global.

2.2.3 S.S.A

En el año de 1943, se crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia con la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad con base al Decreto del 18 de Octubre de 1943, dependiendo el Hospital General de dicha Secretaría. En el mismo año el Dr. Gustavo Baz, Secretario de Salubridad y Asistencia establece un Plan Nacional de Instituciones Hospitalarias para la República Mexicana, las que tendrán como funciones entre otras, las de atención adecuada a los enfermos económicamente débiles, que sean constituidos como centros de enseñanza médica así como proporcionar los medios para la investigación científica (HGM, 2003).

La fundación del sistema de salud se da en 1943 cuando se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA), el IMSS y el Hospital Infantil de México, considerado el primero de los Institutos Nacionales de Salud. El Instituto Nacional de Cardiología, se funda en 1944; el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, en 1946; el Instituto Nacional de Cancerología, en 1950 y el Instituto Nacional de Neurología, en 1964 (Salubridad, 2003).

Con las nuevas instituciones surgió la primera generación de reformas en salud, que buscó responder a las demandas del desarrollo industrial mediante el cuidado de la población obrera, atendida en los institutos de seguridad social. La SSA se responsabilizó de la salud de los grupos campesinos y urbanos que no eran derechohabientes. Para finales de los sesenta este modelo llegó a sus límites, el costo de los servicios se incrementó como resultado del aumento en el volumen e intensidad de la atención, y el sistema, que tenía prestaciones de universalidad, seguía sin dar cabida a gran número de familias de escasos recursos (op. cit.).

En los años setenta surgió la segunda generación de reformas, con la finalidad de crear un sistema nacional de salud. Así, en 1979 se creó el Programa IMSS-COPLAMAR (que en 1989 se transformó en IMSS-Solidaridad), dirigido a la población en el campo (op. cit.).

Años más tarde, la SSA instrumentó el Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en Grandes Urbes, dirigido a las zonas de miseria urbana. Con el objetivo de constituir la eventual integración de los servicios, en 1983 emergieron nuevas iniciativas, entre ellas el reconocimiento constitucional del derecho a la protección de la salud y la promulgación de la Ley General de Salud. En este contexto comenzaron la descentralización de los servicios de salud dirigidos a la población no asegurada y un proceso de modernización administrativa de la SSA (op. cit.).

En la Gaceta del Gobierno del 4 de marzo del año 2000, por decreto No. 156 se crea la Secretaría de Salud del Estado de México. Para el 07 de agosto del mismo año se decreta el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Estado, indicando en su articulado que el ISEM la auxiliará en el logro de sus metas. La Gaceta del Gobierno del 13 de diciembre del 2001, mediante decreto No. 41 publica el Código Administrativo del Estado de México, derogando la Ley de Salud vigente a la fecha, retomando la institucionalidad del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM, 2001).

2.2.3.1 Hospital General

El Hospital General es un organismo administrativo desconcentrado por funciones, jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Salud, con autonomía operativa, en el que se le atribuyen para el cumplimiento de sus fines una serie de funciones, a fin de dotarlo de autonomía operativa y mayor presencia institucional para la prestación de servicios de salud a población abierta. El Hospital General de México, se ha destacado por brindar atención médica especializada a millones de mexicanos, se atiende esencialmente a pacientes de escasos recursos económicos, aquellos que no están registrados en la seguridad social ni tienen acceso a la medicina privada, cuya procedencia es el D.F., (48%), Estado de México y los Estados de la República (HGM, 2003).

Su historia comienza con el Hospital de la Concepción de Nuestra Señora que es el más antiguo de la Ciudad de México, creado en 1524 y posteriormente cambia su nombre por el Hospital de Jesús de Nazareth. En el año de 1531, se funda el Hospital Saint Joseph para la atención médica de los indígenas. En el año de 1556 toma el nombre de Hospital Real Saint Joseph y después cambia a Hospital de Naturales o indios (op. cit.).

En 1541 se funda el Hospital del Amor de Dios, para la atención de las enfermedades venéreas. En 1567 se crea el Hospital de San Hipólito para pacientes dementes. En 1820 pasa a poder del Ayuntamiento Colonial para ser después el Hospital Morelos, en 1778 inicia sus funciones el Hospital General para militares, al año siguiente derivado de la epidemia de viruela el Arzobispo Alonso Núñez de Haro y Peralta establece en éste, el Colegio de San Andrés para atender a 300 personas. En 1780 concluye la epidemia y el 18 de marzo de 1786 por los buenos resultados que brindó queda aceptado como Hospital por Orden Real. El mismo año se promulgan leyes con el nombre de Constituciones que rigen el funcionamiento del Hospital (op. cit.).

En 1801 se inician problemas administrativos y económicos debido al movimiento de independencia. Durante 15 años operó como un Centro de Enseñanza. Durante la Intervención Americana (1847) fue utilizado como Hospital Municipal. En 1850 deja de pertenecer al Arzobispado y se le encomienda a las Hermanas de la Caridad. En 1874 pasa a formar parte de las Instituciones controladas por la Junta de Beneficencia Pública. En 1879 el edificio del antiguo Colegio de San Andrés que había pertenecido a los Jesuitas fue convertido en Hospital, debido a una epidemia de varicela. A fines del siglo XIX y antes de la Revolución no había órgano encargado de la salud de los habitantes de la República Mexicana (op. cit.).

El proyecto del Hospital General de México se realizó el 22 de Noviembre de 1895 y es presentado el 23 de Julio de 1900 con una capacidad instalada de 800 camas en una superficie de 124,692 m² con los Servicios de Medicina, Cirugía, enfermedades venero-sifilíticas, enfermedades de niños. La Construcción del Hospital se inicia en el mes de Julio de 1896, terminándose el 14 de Mayo de 1904. El día 5 de Febrero de 1905 el presidente de la República Mexicana el General Porfirio Díaz inaugura el Hospital General de México, su primer Director fue el Dr. Fernando López. El Hospital contaba con una plantilla de 315 trabajadores entre médicos y administrativos. (op. cit.).

El Hospital General de México, funcionó como establecimiento de beneficencia a cargo del Poder Ejecutivo dependiente de la Secretaría de Estado y Gobernación, para la asistencia gratuita de enfermos indigentes sin importar edad, sexo, raza, nacionalidad ni creencias religiosas. En el año de 1964 se inició la remodelación del Hospital, modernizándose la planta física y el equipamiento. En 1968, se inició la remodelación del Hospital General de México, reinaugurándose el 19 de Noviembre de 1970, quedando estructurado por 32 unidades Médicas y 10 unidades Administrativas. En Septiembre de 1985 se contaba con 1700 camas, como consecuencia del sismo el Hospital sufrió daños considerables quedando reducida su capacidad a 1,178 camas (op. cit.).

El 11 de Mayo de 1995, se crea el Hospital General de México como organismo Descentralizado del Gobierno Federal con personalidad jurídica y patrimonio propios. En Octubre de 1995 un nuevo sismo ocasiona la reducción en el número de camas a 1,008. Ocurre que el 1° de Mayo de 1997 y como consecuencia de la descentralización, se autoriza la propuesta de modificación estructural del Hospital General de México por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público como consecuencia de la descentralización. Actualmente, la planta física de forma horizontal del Hospital, cuenta con una superficie total de 12.52 hectáreas de las cuales 6.63 están construidas. El 1° de Octubre de 1999 los Titulares de la Unidad de Desarrollo Administrativo y el Titular de la Unidad de Servicio Civil de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, firmaron dictamen favorable a la estructura del Hospital General de México, en el que consideran 9 plazas de la Contraloría Interna. Así mismo, cambió de denominación la Subdirección General Médica por la Dirección General Adjunta Médica y la Subdirección General de Administración y Finanzas por la Dirección General Adjunta de Administración y Finanzas. La capacidad física instalada es de 1,008 camas y 48 quirófanos. Los recursos humanos con que cuenta el Hospital son 6,012, de los cuales corresponden a médicos 12.04% (724 plazas), enfermería 27.06% (1,627 plazas), paramédicos y afines 22.27% (1,339 plazas), confianza médica 3.14% (189 plazas), investigación 0.30 (18 plazas), residentes 7.47% (287

plazas), servicios generales 6.94% (417 plazas), técnicos 1.23% (68 plazas) y gobierno 1.13% (68 plazas) (op. cit.). Anualmente se otorgan 525,874 consultas de especialidad, de las cuales 225,206 son consultas de primera vez y 300,668 subsecuentes, además de 31,219 consultas de urgencias y de 38,998 sesiones de rehabilitación. En 1996 se reportan 1989 alumnos formados en pregrado en medicina, provenientes de la Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad La Salle y Universidad Anáhuac (op. cit.).

El área de Investigación del Hospital actualmente realiza funciones de planeación, coordinación, evaluación y autorización de proyectos de investigación básica, clínica y farmacológica; sus investigadores han generado importantes aportaciones a la investigación científica. Como resultado de los trabajos de investigación en el Hospital General de México se publican anualmente un promedio de 80 artículos en revistas indexadas; así mismo se presentan comunicaciones científicas en congresos tanto nacionales como internacionales. Con respecto a las Publicaciones Científicas Nacionales e Internacionales se realizan aproximadamente 100 publicaciones al año. En relación a la plantilla autorizada para investigación, actualmente el Hospital General de México cuenta con 18 plazas; de los 18 investigadores, 17 se encuentran en el Sistema Nacional de Investigadores. Además 61 profesionales más cuentan con la evaluación de investigador titular y asociado por la Comisión Externa de la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, 20 titulares y 41 asociados (op. cit.).

2.2.4 Instituciones con Servicio de salud propio

Integran también el Sistema Nacional de Salud, el servicio de salud de las instituciones que cuentan con uno propio, por lo que de igual manera deben cumplir los ordenamientos del Gobierno Federal. Los más importantes son los servicios médicos pertenecientes a la fuerza armada de México y la subdirección de servicios médicos de PEMEX.

2.2.4.1 Fuerza Armada de México

El Ejército Mexicano tuvo como antecedente al Ejército Constitucionalista, cuyo Primer Jefe fue Venustiano Carranza. La vida militar estaba regida por la Ordenanza General del Ejército promulgada el 11 de diciembre de 1911 por Francisco I. Madero. En 1926 el General de División Plutarco Elías Calles, Presidente de la República, expidió la Ley Orgánica del Ejército y Armada Nacionales, la Ley de Disciplina del Ejército y Armada Nacionales, la Ley de Ascensos y Recompensas y la Ley de Retiros y Pensiones, antecedente de la Seguridad Social de este organismo (SEDENA, 2003) .

El 29 de julio de 1976, fue creado el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas, que tiene como finalidad el proporcionar todo tipo de beneficios relativos a la seguridad social para los miembros de las Fuerzas Armadas y sus derechohabientes (op. cit.). A continuación se describe en que consiste ésta:

- ♣ Prestaciones y servicios al personal del Ejército y Fuerza Aérea, de conformidad con lo establecido en la Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas.
- ♣ Afiliar y reafiliar al personal del Ejército y Fuerza Aérea en activo y situación de retiro, así como a sus derechohabientes, manteniendo actualizada la documentación correspondiente.
- ♣ Someter a consideración del Secretario de la Defensa Nacional, programas orientados a promover el desarrollo de actividades para elevar la moral y nivel de vida del personal del Ejército y Fuerza Aérea y sus derechohabientes.

- ♣ Establecer coordinación con el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas y el Banco Nacional del Ejército y Fuerza Aérea y Armada, Sociedad Nacional de Crédito, para facilitar y agilizar los trámites en beneficio del personal militar en activo y en situación de retiro, así como en el de sus derechohabientes (op. cit.).

RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS			
MATERIALES		HUMANOS	
ESTABLECIMIENTOS	CANTIDAD		CANTIDAD
Camas Censables	130	Médicos Generales y Especialistas	13
Consultorios	11	Médicos en formación	0
Laboratorios Clínicos	1	Enfermeras	33
Equipos de Rayos "X"	0	Otro Personal Prof. y Técnico	23
		<i>Administrativos y Otros</i>	28

2.2.4.2 PEMEX

Desde 1935, los servicios médicos de PEMEX proporcionan atención médica integral a trabajadores, jubilados y sus familiares derechohabientes, proporcionando atención en cumplimiento al Capítulo XIV del Contrato Colectivo de Trabajo así como el Capítulo X, Art. 67 del Reglamento de Trabajo del Personal de Confianza de Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios. El área corporativa la integran 2 hospitales centrales, 6 hospitales regionales y 12 hospitales generales, 3 clínicas-hospital, 4 clínicas, 33 consultorios, 115 unidades de servicios preventivos de medicina del trabajo en centros laborales, 20 consultorios en centros de desarrollo infantil (Cendis) y 7 coordinaciones médicas de zona para la administración de los servicios médicos que se subrogan en 85 localidades (PEMEX_salud, 2002). Los niveles de atención están divididos en tres:

1er. Nivel de Atención. Unidad médica a la que se encuentra adscrita la población derechohabiente de acuerdo a su domicilio. Tiene la finalidad de promover, proteger y fomentar la salud, diagnosticar y resolver con oportunidad los padecimientos más frecuentes tanto agudos como crónicos en individuos ambulatorios. La atención se proporciona por médicos generales, pediatras, odontólogos, ginecólogos y especialistas en medicina preventiva. 2do. Nivel de Atención. Unidades de referencia para resolver padecimientos de mediana complejidad tanto a pacientes ambulatorios como aquellos que requieren hospitalización, se proporcionan por especialistas en cirugía general, pediatría, ginecobstetricia, medicina interna, ortopedia, otorrinolaringología y oftalmología; cuenta con auxiliares de diagnóstico y tratamiento así como anestesiología. 3er. Nivel de Atención. Unidad de referencia para pacientes con patología grave, compleja que requieren de alta tecnología o que presentan padecimientos poco frecuentes (op. cit.). El inventario actual de los recursos materiales es el siguiente:

Camas Censables	958
Laboratorios Clínicos	22
Laboratorio de Patología	10
Salas de Radiología	32
Salas de Expulsión	28
Quirófanos	52
Bancos de Sangre	8
Consultorios	1,538
* Medicina General	592
* Especialidad	855
* Odontológicos	91
Farmacias	45

2.2.5 Sector Privado

La presencia del IMSS, es fundamental para millones de mexicanos sin embargo, existe un problema que radica en la existencia de una amplia población que no tiene acceso a esta institución o no desea que la atiendan allí. Esto motiva que algunos organismos privados se mantengan a la expectativa de una posible reemplazo de servicios por parte de dicha institución. Existe una demanda de servicios de salud que ha propiciado la constitución de un mercado sin reglas ni funciones bien definidas. Los servicios de atención médica privados siguen creciendo, pero lo hacen sin un orden y una visión conjunta que garanticen su viabilidad y buen funcionamiento (Álvarez, 2000). Por ello es que actualmente la reforma de salud se esta enfocando a este respecto, por lo que será retomado este punto en el apartado de reformas de salud.

Soberón (2001), expone que en México el sector privado siempre ha tenido una importante presencia en el Sistema Nacional de Salud. Un detonador de la diversidad de los servicios es la demanda esperada en el IMSS pues actualmente sus instalaciones prácticamente están saturadas, particularmente en algunas regiones del país y sólo acuden al IMSS el 60% de sus casi 50 millones de potenciales derechohabientes actuales; 30% acceden a servicios privados.

Los servicios privados de salud están muy fragmentados, son de desigual calidad y de precios variables, dada la pluralidad solo se mencionaran algunos de los hospitales más reconocidos en esta ciudad (op. cit.).

2.2.5.1 Principales hospitales privados de México

Hospital Ángeles Metropolitano.	Nace el 4 de diciembre de 1971, el Hospital Ángeles Metropolitano abre sus puertas para satisfacer la gran demanda de servicios médicos que requería en aquel entonces la Ciudad de México. Es uno de los hospitales con mayor prestigio debido a la calidad y experiencia médica de sus especialistas. Actualmente tiene capacidad para internar a más de 10,000 pacientes anuales distribuidos de la siguiente manera: Hospitalización General: 115, Unidad de Terapia Intensiva: 7, Unidad de Cuidados Coronarios: 4, Unidad de Terapia Intermedia: 12, Unidad de Terapia Intensiva Neonatal: 6, Unidad de Terapia Intermedia Neonatal: 6, Unidad de Cirugía Ambulatoria: 9, Urgencias: 7, Neonatología: 23 (mediks, 2002).
Hospital Español	La Sociedad de Beneficencia Española de México fue fundada con la filosofía y el espíritu de socorrer a los españoles necesitados. Su historia está íntimamente ligada a la de México a partir del primer cuarto del siglo XIX, el Hospital Español fue fundado en 1842. Desde sus inicios se ha preocupado por implementar mejoras y procurar el bienestar de sus socios y acogidos. Los directores médicos de la Sociedad de Beneficencia Española, desde el año de 1874 hasta hoy, siempre han procurado impulsar el crecimiento interno de la misma, por lo que están a la vanguardia en lo que a equipo e innovaciones médicas se refiere (hespañol, 2002).

Hospital ABC	Los orígenes del Centro Médico ABC datan de 1886 cuando el 22 de febrero el Embajador de Estados Unidos y la Junta Directiva de la Sociedad Americana de Beneficencia colocaron la primera piedra del Hospital Americano en la calle de Gabino Barreda No. 34, en la colonia San Rafael, el cual abrió sus puertas el 12 de diciembre de ese mismo año. En 1919 se construyó el Sanatorio Cowdray, el cual fue inaugurado el 11 de noviembre de 1923, conocido posteriormente como Hospital Inglés. El 4 de julio de 1941 se fusionan el Hospital Americano y el Sanatorio Cowdray para dar origen a The American British Cowdray Hospital, I.A.P., conocido hoy como el Centro Médico ABC, el cual tiene entre otras, áreas especializadas en cáncer, cardiovascular, neurociencias (abc, 2003).
---------------------	---

2.2.6 Reformas de salud

Las reformas de salud son acontecimientos en que hay cambios drásticos en el Sistema Nacional de Salud, considerados de mayor magnitud casi como cambios revolucionarios. El Gobierno mexicano tiene como objetivo llevar a cabo reformas en el sector de salud para ordenar un mercado de servicios médicos gerenciados en constante crecimiento, así como regular la participación de los entes privados que asuman un grado de riesgo (entre los cuales se encuentran los hospitales y OAS) (Álvarez, 2000). En 1943, en el período 1983-1988 y en 1995 han tenido lugar las reformas de salud en este país.

La primera, ocurrida en 1943, llevó a la creación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, a partir de la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad, así como al establecimiento del Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de dar cumplimiento al Artículo 123 Constitucional. También incluyó, el inicio de los Institutos Nacionales de Salud mediante la creación del Hospital Infantil de México en ese año, y poco después los de Cardiología y de Nutrición. Con estos esfuerzos se dio pie a un proceso de institucionalización de la atención médica y de la salud pública y a la reafirmación de la responsabilidad del Estado para asumir y conducir el cuidado de la salud en nuestro país (Soberón, 2001).

La segunda reforma ocurrió en el lapso entre 1983 y 1988, ha sido llamada *el cambio estructural de la salud* y comprendió una verdadera renovación legislativa y una reforma administrativa y sustantiva que involucró, fundamentalmente, a los servicios que atienden a la población abierta, es decir la que no es derechohabiente de la seguridad social. La renovación legislativa arranca con la inclusión, en la Constitución, del derecho a la protección de la salud en 1983, sigue con la promulgación de la Ley General de Salud en 1984, y en los años subsiguientes de las leyes estatales de salud y de seis nuevos reglamentos que simplificaron el contenido de 84 farragosos ordenamientos a los que sustituyeron; el cambio legislativo culminó en la definición de más de 300 normas técnicas. La reforma sustantiva incluyó diez estrategias, cinco a nivel macro y cinco a nivel micro. Las primeras fueron la descentralización de los servicios de salud que, por razones económicas, se llevó a cabo sólo en 14 entidades federativas; la sectorización institucional; la modernización de la SSA; la coordinación intersectorial; y, la participación comunitaria. Las estrategias de nivel micro fueron la investigación en salud, el desarrollo de recursos humanos para la salud, la información en salud, el financiamiento y los insumos para el sistema nacional de salud (op. cit).

La tercera etapa se da en 1995, el Gobierno de México puso en marcha la reforma a la Ley General de Salud, con el fin de promover cambios fundamentales en el sector. Con esta reforma, la administración encabezada por el presidente Zedillo se propuso brindar cobertura a la totalidad de la población, mediante la reestructuración del marco jurídico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el incremento del número de derechohabientes a los que el Instituto otorga sus servicios (Álvarez, 2000). Esta reforma comprendió tanto el ámbito de la SSA como del IMSS. En la primera cabe mencionar la culminación del proceso de descentralización a todas las entidades federativas, la formulación de un paquete básico con 13 intervenciones costo efectivas destinado a la población rural dispersa, la certificación de hospitales y de escuelas de medicina (esta última, gestión de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina), a creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la regulación de las Instituciones de Seguros Especializadas (Soberón, 2001).

En el ámbito del Instituto Mexicano del Seguro Social se dio la implantación del esquema de Administradoras De Fondos De Retiro (AFORE)-Sociedades de Inversión Especializadas En Fondo De Retiro (SIEFORE), se produjo una nueva Ley del Seguro Social impulsada por un análisis crítico del funcionamiento institucional vertido en el estudio titulado "*Diagnóstico*", se estableció un seguro para la familia, se diseñó un nuevo Modelo Institucional De Atención Integral A La Salud (MIAIS), se crearon 139 Áreas Médicas De Gestión Desconcentrada (AMGD), se implantó el enfoque de Grupos Relacionados De Diagnóstico (GRD), para la asignación de recursos financieros, se decidió la libre elección del usuario para el prestador de servicios, se llevó a cabo la capacitación gerencial de más de cuatro mil funcionarios sobre la reforma en curso y se inició la renovación integral del equipo. Cabe destacar que en los últimos años ha habido un auge en los procesos de reforma en distintas partes del mundo. Ahora, en México, la reforma avanza en un enfoque más sectorial que comprende a las instituciones que conforman el sector público, pero cada día habrá una mayor necesidad de participación del sector privado (op. cit.).

Asimismo, el Gobierno se propuso dotar a la Secretaría de Salud (SSA) de un marco jurídico apto para hacer frente a un mercado de servicios de salud en constante crecimiento, además de transferir el 60 por ciento del presupuesto federal de salud a los estados que componen la federación, iniciando así un proceso de descentralización del diseño de los programas de salud y reduciendo los costos de operación. Por otra parte, se buscó incidir en la calidad de los servicios prestados por los organismos públicos de salud mediante un incremento del cincuenta y cuatro por ciento en los sueldos del personal médico, así como con un intento de mejorar la imagen de los trabajadores de la salud. Asimismo, la SSA creó un programa de certificación de calidad para hospitales privados (Álvarez, 2000).

La finalidad de la reforma es dotar de seguridad jurídica a los usuarios de servicios médicos prepagos ante los posibles incumplimientos de dichos servicios, como también establecer normas de calidad relacionadas con los equipos. • La nueva reglamentación afecta solamente al sector privado con demanda existente y no implica subrogación de servicios por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (op. cit.).

Abrantes, (2002) menciona que Julio Frenk Secretario de Salud, consolidó una tendencia inaugurada en 1982 en el ámbito del ejecutivo nacional, de pérdida de fuerza de la visión de la salud como un derecho social garantizado por el Estado a una basada en el poder de compra del “consumidor”. En ese marco surge la propuesta, anunciada en junio de 2001 por el secretario, de crear un “Seguro Popular para la Salud”, formulada por FUNSALUD y apoyada por las Instituciones de Servicios Especializados en Salud (ISES) creadas en 1999, en los últimos días del zedillismo con la finalidad de normar el mercado de seguros médicos privados. El Seguro Popular para la Salud sería una estrategia que permitiría canalizar para el sector privado a través de las aseguradoras, los llamados “gastos de bolsillo” de muchos millones de mexicanos pobres que no tienen acceso a la seguridad social y que no logran ser atendidos en los servicios

públicos. El curso de esas decisiones será determinado por el juego de las alianzas entre el actual secretario del ramo y el sector privado, como también por el proyecto de legitimidad del PAN y por la presión de otras fuerzas políticas presentes en la sociedad. Entre éstas, se destaca en particular la del PRD, que actualmente gobierna la Ciudad de México y otros estados y que ha defendido el fortalecimiento de la dimensión pública de la salud, como también algunas otras tendencias presentes en el sector sindical y en el PRI. Por otra parte, será determinado también por las condiciones concretas de enfermar y morir de millones de mexicanos.

2.3 El psicólogo en el Sector Salud

Los factores que intervienen tanto en la Salud como en la enfermedad implican aspectos biológicos, psicológicos, ambientales y sociales, así como las características en la organización de los servicios de salud, estas áreas son abordadas por distintos tipos de profesionales, por ello se ve la necesidad de establecer vínculos cuando se trata de atender la salud.

Durán (1995), sugiere que ya que la psicología se dedicaba a estudiar principalmente el comportamiento de los individuos, ésta no es considerada cuando se trata de sanar alguna enfermedad física, a partir de lo cual, destaca el papel del psicólogo como miembro importante y una realidad innegable, que está desaprovechado en el equipo de salud.

En este contexto el psicólogo es un recurso humano importante, en la medida en que puede promover la participación de la comunidad en el autocuidado de la salud y, además, ser el enlace entre la comunidad y el equipo de salud. Sin embargo, hasta el momento no se ha aprovechado óptimamente su capacidad porque sus funciones y tareas no han sido claramente definidas en el área de la salud. Tomando en cuenta lo anterior, se consideró necesario proporcionar al psicólogo una formación que le permita integrarse al equipo de salud y realizar las actividades que son de su competencia, canalizando las que no lo son con el personal correspondiente y trabajando de manera coordinada con ellos (op. cit.).

Actividades del psicólogo:

- Elaborar diagnósticos de comunidad, identificando y evaluando los principales problemas de salud, para programar acciones anticipatorias y preventivas.
- Identificar y evaluar factores de riesgo asociados con el desarrollo de la enfermedad mental, para realizar intervención temprana.
- Identificar y evaluar los determinantes sociales y psicológicos de la salud mental, así como la respuesta social organizada ante esta situación.
- Diseñar e instrumentar programas de prevención, manejo, tratamiento y referencia de problemas de alcoholismo y farmacodependencia, así como de enfermedades crónico-degenerativas.

- Instrumentar programas de garantía de calidad multiprofesional, así como diseñar y administrar programas de educación para la salud.
- Diseñar e implantar programas educativos que incluyan la participación de la comunidad en programas de salud (op. cit.).

2.3.1 Funciones en las áreas en las que se debe desempeñar el psicólogo:

Atención psicosocial. Elaborar diagnósticos de comunidad para conocer características psicosociales e identificar su relación con los principales problemas de salud, a fin de programar las acciones anticipatorias y preventivas para cancelar o modificar los factores de riesgo. Así como Identificar y llevar a cabo el tratamiento temprano de la enfermedad mental. Realizar actividades de prevención, manejo, tratamiento y referencia de problemas de alcoholismo y farmacodependencia. Brindar apoyo psicológico, control, seguimiento y asesoramiento a pacientes con problemas fisiológicos que, por sus condiciones de grupo de riesgo, requieren de atención directa, y en la realización de ejercicios psicoprofilácticos para la estabilización de pacientes con problemas crónico-degenerativos (Zarate, 2003).

Enseñanza. Diseñar e implantar programas educativos que sustenten la participación de la comunidad en programas de salud.

Investigación. Recopilar sistemáticamente la información de su trabajo, de tal forma que pueda ser procesada y analizada mediante protocolos de investigación en desarrollo o en proceso de ser desarrollados.

Administrativa. Identificar sus tareas y las del resto del equipo de salud, delegando responsabilidades y acoplando las propias con las del resto del personal.

Por otra parte, Braceras (2003), menciona que se puede hablar en estos tiempos de medicina globalizada, práctica impuesta y determinada por los paradigmas de una economía de mercado, lo cual ha transformado el concepto de salud de bien social a una ecuación costo-beneficio económico, es decir en mercancía. Esta licenciada en psicología de Argentina hace una severa crítica al papel que desempeña el psicólogo dentro del Sector Salud exponiendo que si bien una de las figuras en sintonía con el sistema médico empresarial es la del psicólogo y que su incorporación es de suma importancia para atender problemáticas tales como el cáncer, el papel del psicólogo es aún más amplio, ya que está demostrado que los factores psicológicos influyen notablemente en la enfermedad oncológica. Afirma que en la realidad una de las funciones del psicólogo en este campo es asesorar a los médicos acerca del modo de dar las noticias. No muy lejos del asesor de imagen, la especialización en dar malas noticias. Otra sería explicar al personal de enfermería cómo tratar al enfermo para que éste crea que tiene el control sobre su patología, la enseñanza de técnicas que alienten creencias en poderes virtuales de un producto, el lugar de la explotación mediante ingeniería comunicacional.

Otra de las fundamentales funciones de este rol que propone la medicina globalizada para el psicólogo es el estudio y medición de los efectos de la enfermedad en el paciente, preocupación tendiente a evaluar la 'calidad de vida' del enfermo, que se supone mejor en salud que en enfermedad. Intermediario entre el médico y el paciente, entre la institución y el cliente, comprensivo aliado del usuario del servicio de salud, el psicólogo se gana su confianza para que, reforzando el imaginario de mediador entre los polos prestador-usuario, jugará al doble agente favoreciendo al poder del cual depende, por supuesto que no será el del enfermo (op. cit.).

Sin embargo, el psicólogo es el profesional idóneo para aportar a la comprensión y modificación de los aspectos afectivos, cognitivos, conductuales y vinculares involucrados en el proceso salud-enfermedad. Esto no sólo incluye a los sujetos individuales, en quienes se centra la atención, sino, en sus grupos, y redes de referencia, así como al personal, equipo e instituciones encargadas de la atención, sin olvidar que los procesos de producción, preservación y recuperación de la salud no se limitan a las llamadas instituciones sanitarias sino que ocurren preponderantemente en los espacios cotidianos: lugares de trabajo, escuelas, barrios, grupos informales, organizaciones múltiples, etcétera (Haro, 2003).

2.4 El usuario del Sector Salud

Bronfman (1997), menciona que las actividades que constituyen el proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad que generalmente se percibe como una alteración de la salud o del bienestar. En algunos casos el profesional de la salud puede ser el primero en detectarla y esto puede desencadenar el proceso que lleva a la atención médica. Por ello, es muy importante saber en qué circunstancias se acude al médico, por qué se selecciona determinado servicio y qué factores influyen en estos.

Por otra parte, Mechanic (1982, citado en Bronfman, 1997) propuso que el concepto de la conducta del enfermo debía distinguir, por lo menos, cuatro grupos de variables:

- Visibilidad y frecuencia de los síntomas;
- Grado de severidad de los síntomas;
- Existencia de sistemas alternativos para interpretar los síntomas; y,
- Factores no sociológicos, tales como las características de los servicios de salud.
- La conducta del enfermo reporta la siguiente secuencia
- Percepción de los síntomas;

- Adopción del papel del enfermo con validación provisional de individuos no profesionales;
- Establecimiento de contacto con los servicios de atención médica;
- Ingreso en la relación médico-paciente y
- Recuperación y rehabilitación.

2.4.1 Utilización de los servicios de salud

El proceso de búsqueda de la atención lleva a establecer contacto directo con el médico. Dependiendo de la percepción de la enfermedad, el individuo activará mecanismos en torno al deber de satisfacer la necesidad y esto lo hará en relación con su cultura, poder de compra y personalidad (Bronfman, 1997). Las circunstancias en que se acude al médico y sobre todo porque utilizar tal o cual servicio depende de factores aún más subjetivos.

La utilización de servicios de salud es, esencialmente, un campo de conducta muy dinámico en el cual la capacidad interpretativa de los individuos juega un papel fundamental, así mismo, la utilización de los servicios de salud también es un hecho social determinado por variables externas a los individuos y, como una forma de conducta que se explica a partir de los significados que los individuos construyen a través de la interacción social.

Es muy importante saber en qué circunstancias se acude al médico, por qué se selecciona determinado servicio y qué factores influyen en estos patrones.

Bronfman, (1997) realizó un estudio cualitativo sobre las modalidades y determinantes microsociales que intervienen en la utilización de los servicios de salud la cual se llevó a cabo en ocho áreas urbanas del país, entre los estratos socioeconómicos medio y bajo, aplicó 192 entrevistas individuales abiertas entre la población usuaria de los servicios de salud en cuatro ciudades. En donde descubre la necesidad de concentrarse en la percepción que el individuo tiene tanto de sus propios síntomas como de las ventajas y desventajas de utilizar los servicios de salud. En consecuencia, considera preciso cuestionar el carácter parcial de la utilización de los servicios de salud no sólo como un hecho social (determinado por variables externas a los individuos), sino como un tipo específico de acción social, es decir, como una forma de conducta que se explica a partir de los significados que los individuos construyen a través de la interacción social.

La utilización de servicios podía explicarse distinguiendo estos tipos de variables:

- a) El nivel de disposición del individuo para utilizar los servicios (compuesto, a su vez, por la percepción del individuo sobre la gravedad de la enfermedad y sobre su propia susceptibilidad);
- b) Los beneficios y barreras percibidas (en cuanto a decidirse a utilizar los servicios);
- c) Los detonantes de la acción, (internos: percepción del estado corporal, o externos: interacción con otros);
- d) La necesidad de atención médica (desde el punto de vista tanto del paciente como del personal de salud).

La utilización de los servicios de salud puede concebirse como la interfase de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada. El deseo de atención del usuario encierra aspectos que incluyen creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, y la tolerancia al dolor y a la incapacidad. Esta sucesión esquemática de acontecimientos es precisamente lo que ha permitido el estudio de la utilización desde diferentes enfoques, lo que a su vez ha dado lugar al diseño de diversos modelos que han intentado explicar el motivo por el cual la población hace uso o no de los servicios (Bronfman, 1997).

La utilización de los servicios de salud está en función de:

A) La necesidad misma de atención, donde se engloban todos los factores asociados al proceso salud-enfermedad y en este sentido la necesidad vista desde dos perspectivas:

- Necesidad percibida por el paciente, en función de número de días de incapacidad o de la antipercepción del estado general de salud;
- Necesidad evaluada por el personal de salud en función de sus conocimientos.

B) Los factores predisponentes: incluye en esta dimensión variables sociodemográficas asociadas con las actitudes y creencias en torno a salud y la enfermedad, tales como composición familiar, edad, sexo, estado civil, clase social, ocupación, etcétera.

C) Los factores capacitantes: engloban a todos los aspectos que tienen que ver con la condición socio-económica dividiéndolos en:

- Recursos familiares: ingreso, ahorro, seguros, etcétera;
- Recursos comunitarios: servicios disponibles, fuerza de trabajo en salud, etcétera (op. cit.).

2.4.2. Modelos de utilización

Los principales factores que afectan la utilización de los servicios de salud son: la incidencia y prevalencia de la enfermedad, las características sociodemográficas y culturales de la persona, y los factores económicos; a su vez, entre los indicadores más importantes. De estas categorías se ubican los modelos de utilización, el primero enfocado a la percepción de la enfermedad, su gravedad, la edad de las personas, la educación, el tamaño de la familia y el ingreso (epidemiológico), otro social correspondiente a la etapa de deseo y búsqueda de la atención, y, finalmente, un modelo económico propio de la etapa de inicio y continuación de la atención (Arredondo, 1992).

Los modelos de utilización son:

Modelo epidemiológico

Intenta abordar el problema enfocándolo hacia el estudio de las necesidades de salud la utilización de los servicios también depende de la exposición de esa población a los factores de riesgo, los cuales están asociados con la probabilidad de que un Individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones. La utilización de los servicios, por consiguiente esta determinada en mayor o menor grado por el tipo de riesgo al cual se exponga la población, por lo que se requiere de un tipo de servicio específico según el caso (la accesibilidad, la disponibilidad y las características de los servicios como determinantes de la utilización) (op. cit.).

La accesibilidad se refiere al grado de ajuste entre las características de los servicios y las características de la población, es considerada como un factor intermedio entre la demanda de atención y las características de los servicios. La disponibilidad se entiende como la capacidad para producir servicios, además de la simple presencia de recursos, también se considera otro factor intermedio, pero en este caso entre accesibilidad y las características de los servicios. Las características de los servicios ejercen una gran influencia sobre la población y pueden no modificar e imitar los patrones de utilización (op. cit).

Modelo Psicosocial

Este modelo fue propuesto por Irwon M. Rosenstock y se basa en el concepto de health behavior, o sea la actividad que realiza una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad. Este autor considera que la decisión de buscar salud, es un proceso en el cual el individuo se mueve a través de una serie de estadios, que define como variables que parecen contribuir significativamente a entender el comportamiento tanto de él como usuario, así como de los actores en el área de la salud (op cit.).

Las variables usadas en este modelo son tomadas y adaptadas de la teoría psicosocial, del trabajo de Lewin. Específicamente incluye dos clases de variables:

1. El estado psicológico de alerta o aprehensión para tomar una acción específica en función de la susceptibilidad percibida, y la seriedad o gravedad percibida de la enfermedad.
2. Las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar estos servicios preventivos.

La susceptibilidad percibida se refiere a los riesgos subjetivos de ajustarse a una condición. La seriedad percibida puede incluir amplias y complejas implicaciones como los efectos de la enfermedad sobre el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales. Con respecto a las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar los servicios, se considera que la dirección que la acción ha de tomar es influenciada por las creencias con respecto a la efectividad de conocer alternativas disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad a la cual el individuo se siente sujeto; un individuo puede pensar que una acción dada será efectiva para reducir la amenaza de la enfermedad, pero al mismo tiempo ve los inconvenientes, como el costo, lo desagradable, el dolor, etcétera. La utilidad del modelo depende de la manera en que las creencias con respecto a la salud puedan ser modificadas en forma planificada (op. cit.).

Modelo Económico

La etapa de inicio y continuación de la atención a la salud, desde la perspectiva económica sostiene que las personas utilizan los servicios por ser un bien de consumo que da satisfacción o una inversión en salud para tener más tiempo de vida; este último, además, es motivo de estudio de los modelos mencionados anteriormente (op cit.).

Capítulo 3. **CREENCIAS Y ACTITUDES DE SALUD**

“Una creencia destruida deja en nuestro espíritu un gran vacío. No debemos abandonar una creencia sino en el caso que podamos sustituirla con otra que creamos más próxima a la verdad”.

- Ameghino Florentino -

Capítulo 3. **CREENCIAS Y ACTITUDES DE SALUD**

3.1. Creencia

Cordón (2003), menciona que el ser humano es una unidad en la que mente, cuerpo y espíritu son realidades que interactúan e influyen en la vida de cada persona; ya que aunque lo único tangible es el cuerpo, no se puede negar la existencia de la vida emocional ni del impacto que tienen los pensamientos y las ideas sobre ese cuerpo material. Parte importante de esta vida emocional son las creencias que conforman nuestra personalidad.

Para tratar de conceptualizar de manera correcta lo que son las creencias y actitudes es necesario analizar su contexto, la cultura, que es aquello que distingue y da identidad a un grupo humano, es la forma como interactúan los integrantes del grupo entre sí y con la fuerza y el modo como acostumbran realizar lo que hacen (Carrada, 2001).

3.1.1 Conceptos

La cultura no suele ser estacionaria al pasar de una generación a la siguiente, los valores culturales las creencias y otros elementos suelen propagarse en la sociedad a través de la comunicación directa e indirecta y entre los diversos grupos humanos (op. cit.).

Una creencia no se reduce a la convicción que se tiene sobre hechos o cosas relacionadas con la religión, ya que folklórica o etnográficamente, su significado es mucho más amplio, acercándose a la acepción que en lenguaje vulgar tiene esa palabra y que engloba un determinado modo de pensar (Cordón, 2003).

La creencia es lo que se considera verdadero o acertado, son sentimientos capaces de inducir a la acción, que suelen modificar la percepción, la interpretación e integración de las sensaciones y que influyen en la manera de pensar y hacer las cosas (Carrada, 2001).

Bueno (2002), sugiere que la creencia no alude a una idea simple, sino a una idea de estructura conceptual originariamente binaria, como constituida por dos momentos inseparables aunque dissociables. A cada momento de la idea corresponderá un concepto de creencia, dividiéndose en dos.

Estos dos momentos son el subjetivo y el objetivo, el primero pertenece al momento epistemológico y el segundo al momento material u ontológico de la creencia. El momento subjetivo es el que corresponde el concepto psicológico de ésta. Desde esta perspectiva, la creencia es el contenido psicológico de un sujeto, al que presta una aprobación tan intensa que llega a tomarlo como real y verdadero. Porque creencias se toma aquí en su momento subjetivo, como un sentimiento o juicio erróneo alojado en la mente, en el ánimo o en el cerebro de la persona (op. cit.).

Desde la perspectiva psicológica subjetiva, la creencia se nos presenta como un sentimiento, juicio, vivencia o proceso subjetivo tal que quien lo vive experimenta un sentimiento de realidad, en virtud del cual su sentimiento lo sitúa enfrente del contenido material de la creencia, como si este contenido fuese una realidad distinta de su propia vivencia o sentimiento. El concepto crítico de creencia, recíprocamente, tiende a ver a la mente, cuando ella está poblada de creencias, como un credenario, denominado mentalidad, por ampliación del sentido como conjunto de creencias que violan las leyes de la lógica–identidad, es decir, como mentalidad prelógica (op. cit.).

Las llamadas creencias subjetivas, o psicológicas, no son verdaderas creencias, sino pseudocreencias o falsas creencias, apariencias de éstas. No son creencias sino delirios o alucinaciones; o bien, reducciones artificiosas o delirios metódicos que pretenden haber partido de la subjetividad y haber llegado a poner el pie en creencias objetivas (op. cit.).

La característica ontológica de la creencia se pone en el hecho de que, en cualquier verdadera creencia, el contenido semántico (esencia material) de la creencia requiere poner su existencia más allá de los contenidos oblicuos (formales o reflexivos) de orden psicológico que la acompañen. Las creencias, en resolución, son ontológicas porque son constitutivas de las partes mismas de lo que llamamos realidad o mundo (op. cit.).

El momento objetivo de la creencia, es aquel que nos la presenta según la materia o contenido objetivo (ontológico), que se abre al sujeto a través de la creencia. La creencia designa inmediatamente, al contenido objetivo de la misma (por ejemplo, el Sol que sale cada día como el mismo Sol que salió ayer), y es desde este contenido objetivo que la creencia al refractarse en el sujeto, determina en él la creencia en el Sol. Pero el creyente, no se comporta, como tal. Quien ve el Sol brillando en el cielo, no cree ver el Sol, simplemente lo ve y únicamente puede decir que cree verlo cuando le asalta alguna duda sobre la salud de sus ojos (op. cit.).

Okagaki y Steinberg, (1993) encontraron en un estudio realizado en California que se relacionaron las creencias de los padres sobre la crianza, la inteligencia y la educación, con el desempeño escolar de sus hijos sugiriendo que las creencias paternas tienen origen en la cultura.

3.1.2 Clasificación

Las creencias se pueden clasificar en tres grupos simples, Bueno (2002), las clasifica con base a su correspondencia con los tres ejes del espacio antropológico: circulares, angulares y radiales.

Creencias circulares

Creencias en la realidad del grupo social y del espacio social derivado, basado en Stern y Piaget, de las experiencias en torno al llamado espacio gustativo o bucal. En los mamíferos dotados de lenguaje, la creencia en un grupo social arranca de la conducta de chupar el mundo a través del pezón de la madre. También las creencias políticas, de naturaleza casi siempre ideológica, se reducirían principalmente al eje circular (op. cit.).

Creencias angulares

Las creencias propias de las religiones pertenecen a este grupo. Las creencias religiosas no proceden de la proyección de supuestas vivencias anímicas subjetivas. Es preciso disponer de pantallas sobre las cuales proyectar esas supuestas experiencias: sobre los animales se pueden proyectar las ánimas; lo que no tiene sentido es proyectar los animales sobre las ánimas (op. cit.).

Las creencias propias de las religiones secundarias incluyen todo el mundo de las mitologías politeístas. Mucho más problemáticas son las creencias propias de las religiones terciarias, en la medida en que estas se resuelven en creencias circulares (la creencia en la propia Iglesia, en la Sinagoga, en la comunidad de los fieles) (op. cit.).

Creencias radiales

Estas creencias son constitutivas de nuestro mundo entorno. La creencia en la estabilidad de nuestro hábitat, la creencia en el sistema solar, entretrejida con teorías protocientíficas. Las creencias actualmente vigentes en torno al big bang, la creencia en la evolución biológica o la creencia de algunos científicos en la fusión fría. Se trata de creencias científicas que presentan sin embargo una notable diferencia. Podría decirse que la creencia en la evolución es una creencia verdadera, mientras que la creencia en el big bang es tan solo una teoría, probable para unos, y absurda para otros (op. cit.).

3.1.3 Relación entre creencias y conceptos afines

Algunos conceptos afines tienden a ser confundidos, e incluso son utilizados indistintamente, por ello se considera importante enfatizar su relación y posible diferencia.

3.1.3.1 Conciencia

No es nuevo que se ha pretendido relacionar estos dos conceptos, básicamente al querer solucionar la cuestión acerca de si las creencias son conscientes o inconscientes.

Por ello, se cita las definiciones más frecuentes de la conciencia: autopresencia del alma ante sí misma, presencia de la realidad, del objeto, ante el sujeto, por ejemplo. La conciencia procede de las creencias, cuando estas funcionan como ortogramas normativos. La conciencia aparece en el choque de creencias en conflicto. (Otagi y Sternen, 1998).

3.1.3.2 Idea o ideología

Las creencias cuando no son sólo sociales (o propias de un grupo), sino están orientadas en el sentido de un enfrentamiento del grupo que las comparte con otras creencias propias de otros grupos sociales, se ubican en el campo de las ideologías. Estas creencias enmarañadas, enfrentadas a otros grupos, están muy próximas a lo que Marx llama ideologías. Las ideologías son, en efecto, creencias constitutivas del mundo social (op. cit.).

Toda filosofía es, de algún modo, una ideología, aún cuando no toda ideología sea filosófica. Le falta la crítica y la confrontación con otras ideologías. Se trata de una diferencia estilística, si se quiere, pero de importancia central (op. cit.).

3.1.3.3 Superstición o mito

El mito, como tal, no es una creencia, si aparece como un relato dramático que precisamente no requiere el asenso del que lo escucha como relato del narrador, a quien presta una mayor o menor confianza. Sin embargo, se puede hablar de creencias míticas (op. cit.).

3.1.3.4 Actitud

La actitud esta compuesta solamente por lo afectivo, a diferencia de la creencia que esta compuesta por lo cognitivo y por la acción (Millacura, 2000). La creencia en algo no se puede comprobar ni refutar por observación, por lo menos no brevemente. Tampoco existe una manera física de medirla, aunque mucha gente cree que este tipo de creencias existe y esto influye en su conducta. Por otro lado, las creencias acerca de algo son constantemente sujetas a pruebas. Cada una de estas creencias pueden ser comprobadas. Cada creencia de este tipo puede ser juzgada a través de hechos observables y se pueden evaluar sus méritos empíricamente (op. cit.).

3.1.3.5 Razón

La cuestión de si las creencias son racionales o irracionales también ha sido ampliamente discutida. Bueno, (2002) comenta que es muy común la opinión de que las creencias son irracionales, cosa que debate enérgicamente, ya que defiende la tesis de que en principio toda creencia es racional, tesis basada en la premisa acerca del carácter lingüístico de toda creencia. Toda conducta lingüística supone un logos, por tanto una razón; otra cosa es el tanto de verdad que haya de corresponder a cada creencia.

Por tanto el desarrollo de la razón no implica la destrucción previa de toda creencia. La razón filosófica o científica no resulta tanto de la aniquilación previa de las creencias, cuando de la confrontación mutua de las creencias más heterogéneas y diversas (op. cit.).

Diferencia entre creencias racionales e irracionales.

- Las creencias racionales son probabilísticas, preferenciales o relativas, y se expresan fundamentalmente en forma de deseos y preferencias. Cuando las personas no consiguen lo que desean, los sentimientos negativos que se generan (tristeza, preocupación, disgusto, etc.) no son excesivos y no impiden el logro de nuevos objetivos y propósitos.
- Las creencias irracionales, en cambio, son dogmáticas o absolutas y se expresan en forma de exigencia, obligación, o necesidad imperiosa; en términos de "debería", "necesito", "tienes que", etc., de tal forma que su no-consecución provoca emociones negativas inapropiadas y desadaptativas como: depresión, cólera, culpabilidad o ansiedad, que interfieren en la persecución y obtención de metas y producen alteraciones emocionales y conductuales.

3.2 Actitud

Los valores es aquello que vale la pena hacer, las razones para justificar lo que se dice y se hace, son cimiento de las actitudes que tomamos ante ciertos hechos, como lo es nuestra propia salud.

3.2.1 Conceptos

La utilización del término actitud comienza ha ser utilizado en 1918 por Thomas y Znaniecki, quienes la definieron como un "estado mental del individuo dirigido hacia un valor". Convirtiéndose desde esa fecha en un concepto de gran utilidad para la psicología social y orientadora de gran parte de los estudios sociolingüísticos, especialmente los relacionados con sociedades multilingües. Sin embargo, su definición no ha sido fácil el concepto de actitud no es un concepto psicológico técnico, sino un concepto de sentido común. Esto provocó que, en un primer momento, la actitud sólo se refiriera a su función referencial; es decir, a la disposición adquirida por las personas de un medio social determinado, en función de la opinión favorable o no de las personas hacia un objeto. La actitud entonces sólo era considerada como una disposición "afectiva" y "valorativa. Por otro lado, para los conductistas, la actitud fue definida en términos de datos observables, es decir, las respuestas que daban los entrevistados de ciertas situaciones sociales podían estudiarse directamente, sin necesidad de realizar informes introspectivos individuales. (Millacura, 2000).

Algunas de las principales apreciaciones y definiciones dadas al concepto de actitud han sido variadas y en ocasiones diferentes. Hernández (2000) propone una selección de las más destacadas:

- Thomas y Znaniecki (1918). Es una tendencia a la acción.
- Thurstone (1928). Es la suma de las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, sesgos, ideas preconcebidas, miedos, amenazas y convicciones acerca de un determinado asunto.
- Sherif y Cantril (1945). Es un estado funcional de disposición.
- L. Doob (1947). Es una respuesta implícita, capaz de producir tensión, considerada socialmente significativa en el entorno social del individuo.
- I. Chein (1948). Es una disposición a evaluar de determinada manera ciertos objetos, acciones y situaciones.
- Krech y Krutchfield (1948). Un sistema estable de evaluaciones positivas o negativas, sentimientos, emociones y tendencias de acción favorables o desfavorables respecto a objetos sociales.
- Katz y Stotland (1959). Es la tendencia o predisposición a evaluar.
- Newcomb (1959). Es una forma de ver algo con agrado o desagrado.
- Sarnoff (1960). Es una disposición a reaccionar de forma favorable o desfavorable.
- Secord y Backman (1964). Son ciertas regularidades en los sentimientos, pensamientos y predisposiciones a actuar respecto a algún aspecto del entorno.

- Sherif y Sherif (1965). Son las posiciones que la persona adopta y aprueba respecto a objetos, asuntos controvertidos, personas, grupos o instituciones.
- Jones y Gerar (1967). Es la resultante de la combinación de una creencia y un valor importante.
- Rokeach (1968). Es una organización, relativamente estable, de creencias acerca de un objeto o situación que predispone al sujeto para responder preferentemente en un determinado sentido.
- Triandis (1971). Es una idea cargada de emotividad que predispone a una clase de acciones ante una clase particular de situaciones sociales.
- Fazio y Roskos-Ewoldsen (1994). Son asociaciones entre objetos actitudinales (prácticamente cualquier espectro del mundo social) y las evaluaciones de estos objetos.

Si bien el término de actitud fue introducido en el ámbito de la Psicología Social por Thomas y Znaniecki con el objeto de explicar las diferencias conductuales que existían entre los campesinos polacos residentes en Polonia y los que residían en Estados Unidos. Desde esta primera utilización hasta nuestros días las definiciones y revisiones han sido numerosas. Se puede considerar de forma general que las actitudes son además de una predisposición a clasificar objetos y el grado de reacción ante éstos y su consistencia evaluativa una predisposición para la acción (op. cit.).

Cordón (2003), menciona que el poder del pensamiento y la actitud que cada persona manifiesta ante los acontecimientos de su propia vida, son elementos de la interpretación de los mismos y los efectos o consecuencias congruentes con esta actitud, así mismo afirma que la salud física está

íntimamente ligada a la actitud mental y al tipo de emociones que predominan en la vida diaria. De igual manera explica que toda actitud se compone de un sistema de creencias y asume, que al existir varios tipos de creencias, la diversa integración que se produzca entre ellas, dará lugar a un tipo de actitud específica.

3.2.2 Estructura de la actitud

Para comprender la estructura de la actitud es necesario distinguir entre sus componentes y sus funciones.

La actitud está compuesta de tres componentes el cognoscitivo, en donde se incluyen las percepciones, las creencias y los estereotipos presentes en el individuo; el afectivo, en donde se hace referencia a las emociones y a los sentimientos y el conativo, que se describe en términos de actuar y reaccionar de una determinada manera con respecto a un objeto (Millacura, 2000).

Así mismo, parte de su estructura son las funciones que pueden desempeñar las actitudes en la personalidad con relación a sus bases motivacionales y son cuatro:

- Función instrumental, adaptativa o utilitaria. Una expresión actual de este enfoque es el de la teoría conductista del aprendizaje. Esencialmente esta función consiste en reconocer el hecho de que la gente se esfuerza en maximizar las gratificaciones del mundo externo y en minimizar lo desagradable.
- Función defensiva del yo. A través de la cual la persona se protege a sí misma de reconocer las verdades básicas sobre sí misma o las duras realidades de su ambiente externo. Este tipo de motivación esta dentro de la línea de pensamiento freudiano y neofreudiano. Las personas no sólo tratan de obtener el máximo rendimiento de su mundo externo y lo que éste

ofrece, sino que gastan una gran cantidad de energía en aceptarse a sí mismas.

- Función expresiva de valores, en la que el individuo obtiene satisfacciones al expresar actitudes adecuadas a sus valores personales y a su concepto de sí mismo. Esta función es clave en las doctrinas de la psicología del yo que resaltan la importancia de la autoexpresión, del autodesarrollo y la autorrealización. Las personas obtienen satisfacciones por la expresión de actitudes que reflejan sus más apreciadas creencias y su imagen de sí mismo.
- Función cognoscitiva. Función está basada en la necesidad del individuo de dotar de una estructura adecuada a su mundo. Las personas necesitan patrones o marcos de referencia para comprender su mundo y las actitudes ayudan a suministrar tales patrones (op. cit.).

3.2.3 Diferencia entre actitud y conceptos similares

3.2.3.1 Opinión

La diferencia entre Actitudes y Opiniones, siendo esta última una manifestación más específica de la actitud que no implican necesariamente componentes afectivos y conductuales. La opinión es un juicio general sobre un objeto.

3.2.3.2 Valores

Entre Actitudes y Valores, se distingue que el valor es una creencia individual, en tanto la actitud es una organización de varias creencias focalizadas en un objeto o situación. El valor es un concepto más dinámico que la actitud, y posee un lazo más inmediato con la motivación (op. cit.).

- El valor trasciende objetos y situaciones, mientras la actitud se centra en un objeto o situaciones concretos.
- El valor tiene carácter normativo, la actitud no.
- Una persona posee tanto valores como creencias aprendidas relativas a modos de conducta deseables, y tantas actitudes como encuentros, directos o indirectos, haya tenido con específicos objetos y situaciones.
- Los valores son más centrales que las actitudes en el sistema de personalidad del individuo.

3.2.3.3 Rasgo de Personalidad

Otra de las diferencias que se debe establecer es entre Actitud y Rasgo de Personalidad, donde el objeto de una actitud es definido en tanto el rasgo es una manera general de comportamiento del individuo. La actitud entraña aceptación o rechazo, mientras los rasgos no poseen una dirección definida. Las actitudes pueden ser específicas o generales en tanto los rasgos son siempre generales (op. cit.).

3.2.3.4 Sentimiento

El sentimiento es consciente en tanto la actitud cubre aspectos conscientes y reprimidos (op. cit.). Sus diferencias se pueden establecer así:

- Un sentimiento supone tendencias subyacentes en tanto las actitudes son disposiciones que no reparan en el origen fuente de energía.
- El sentimiento se centra en su objeto, en tanto la actitud puede ser más difusa.

Se dedica el siguiente apartado a explicar los factores predisponentes (creencias y actitudes) y en qué medida se encuentran relacionados éstos con la salud, primero examinando su relación con la salud para posteriormente discernir la diferencia con la enfermedad.

3.2.4 Relación de la salud con las creencias y actitudes

La creencia no es una, son muchas. Una es la que aparece, pero muchas permanecen ocultas. Las creencias no son sólo las cuestiones ideológicas mentales. Las creencias son todo lo que constituye la persona ésta, está formada por lo que cree. Creer no es sólo ideología, sino que es todo lo que nos conforma (Ricciardelli, 2002). Por ello es que se encuentran tan ligadas a la salud, aunque curiosamente al hablar de salud, se lleva implícita la palabra enfermedad, por lo que lo retomaremos en el capítulo siguiente.

Las creencias se encuentran también muy relacionadas a uno de los aspectos claves de este trabajo, qué es la utilización de los servicios de salud, el cual es el resultado de tres variables: a) la necesidad de atención médica, b) los factores predisponentes, conformados por variables sociodemográficas asociadas a las actitudes y creencias en torno a la salud y la enfermedad, y c) los factores capacitantes que se asocian a la condición socioeconómica, ya sea en el ámbito familiar o comunitario, (Sánchez y Gonzáles, 1998).

3.2.5 Relación de la enfermedad con las creencias y actitudes

Una creencia en la población mexicana, sobre todo en algunas poblaciones, esta aún muy arraigada y es creer que toda enfermedad es consecuencia del pecado. Detrás de esta creencia se pone en evidencia la imagen que se tenía o se tiene de Dios, por supuesto ésta nació antiguamente cuando se creía que la enfermedad que se padecía era consecuencia de los pecados, parecía que se tenía un Dios justiciero y vengador que hacía padecer tal o cual enfermedad, en

este caso la epilepsia, a consecuencia de lo mal que se portó alguien de la familia. Por supuesto esta es una falsa creencia que se fue creando al aparecer de repente enfermedades tales como la epilepsia, el cáncer, el sida, la tuberculosis, la diabetes, etcétera y no se le podía dar una explicación más razonable (Mejías, 2002).

La enfermedad y el accidente son hechos de carácter universal que encontramos en todas las culturas y civilizaciones; asimismo es universal la tendencia a entenderlos, a explicar sus causas y a dar respuesta a estas amenazas con las herramientas culturales que cada pueblo posee. Esta respuesta es siempre organizada y premeditada, y se fundamenta en conocimientos empíricos sobre la naturaleza y en la visión y concepción del mundo tanto natural como sobrenatural y por supuesto moral; se manifiesta a través de un ritual que, aunque basado en las creencias, tiene funciones polivalentes entre las que no son menos importantes las de carácter utilitario. Con referencia a la enfermedad, son numerosos los casos de rituales que, aparte su función social o ritual en sí mismo, poseen una función preventiva de enfermedades (Rodríguez, 1985).

Los sistemas culturales creados por los pueblos para contrarrestar o luchar contra la enfermedad, el accidente o la ansiedad incluyen respuestas de carácter sobrenatural por cuanto los conocimientos empíricos, incluida la medicina llamada científica, se manifiestan a veces insuficientes, por ejemplo, ante una enfermedad que no responde a un tratamiento o ante una herida que no cicatriza. En estas situaciones se acude a explicaciones que son de orden más metafísico que empírico, tratando de propiciar a los seres sobrenaturales para que usen de su poder en la curación de la enfermedad. En las sociedades tradicionales católicas occidentales y en algunas otras, se ha usado y se sigue usando un ritual de carácter mágico-religioso, basado en la creencia de que los seres sobrenaturales (en el cristianismo, Dios, la Virgen y los santos) poseen poder para interrumpir favorablemente el curso de cualquier enfermedad o accidente. Para ello, los humanos han de propiciarlos o forzarlos, para que actúen en casos concretos,

ofreciéndoles a cambio sacrificios, donaciones, objetos y la divulgación de estos poderes. Estos rituales, conocidos como promesas y exvotos, constituyen formas organizadas que las culturas católicas occidentales han creado como respuesta a la enfermedad y al accidente, solucionando en gran medida las situaciones de ansiedad que toda enfermedad tenida por grave crea en los pacientes y en sus familiares (op. cit.).

También es común que se le den respuestas sobrenaturales a la enfermedad. La creencia de la intervención de los seres sobrenaturales en el curso de las enfermedades y los accidentes, evitando la muerte o acelerando la curación, es un componente básico de la medicina popular. Esta creencia viene determinada no tanto por la concepción de la enfermedad como castigo divino, como se mencionaba en un principio y que ha sido transmitida por la tradición judeo-cristiana, como por la consideración omnipotente de Dios, la Virgen y los santos, y su necesaria actuación a favor de los creyentes. La etiología de la enfermedad tiene causas muy diversas, que van desde las hereditarias hasta las causadas por la suerte, pasando por seres no materiales, agentes físicos, químicos y biológicos, sin olvidar a las sociales, entre las que se encuentran aquellas enfermedades provocadas por una vida de duro trabajo o de vicio (op. cit.).

Lo curioso es que sean cuales fueren las causas de la enfermedad, atendiendo a la naturaleza y categorización que de la misma se haga, según la tradición cultural, se acude a los remedios caseros de conocimiento común, o a lo aconsejado por personas entendidas: al médico, a la comadrona, al herbolario, al arreglahuesos, al ensalmador, o a cualquier especialista de los que denominamos curanderos, y, además, a la Virgen, Cristo o los santos de mayor devoción.

Pero para entender la actitud hacia la enfermedad independientemente de las creencias que se tengan de ésta, se han realizado algunos estudios entre los que se encuentra el de García y Sílberman, (2002) para conocer las actitudes de diferentes grupos sociales en relación con las enfermedades desarrollaron una investigación con el propósito de diseñar un modelo teórico que permitiera analizar las relaciones entre las diversas variables relacionadas con las actitudes, y la conducta en relación con la enfermedad. Sus resultados arrojaron que las actitudes están integradas por tres elementos, uno cognitivo, uno afectivo y uno conativo, que corresponden a las creencias, actitudes e intenciones conductuales, respectivamente. Proponen la existencia de una cadena causal en la que el comportamiento está determinado por las intenciones de desarrollar una conducta específica; éstas dependen de las actitudes, y, a su vez, son función de las creencias sobresalientes, como premisa básica se tienen ciertas creencias acerca de la enfermedad que determinan las actitudes, la predisposición a reaccionar en determinada forma y desarrollar conductas específicas al respecto

Estos mismos autores diseñaron un modelo teórico que propone que los sujetos poseen una serie de creencias sobre las enfermedades desarrolladas a partir de los elementos informativos recibidos por medio de diversos agentes de socialización (familia, escuela, medios de comunicación), y en determinados casos, a partir de experiencias personales concretas. Con base en tales creencias, se desarrollan actitudes e intenciones conductuales que, influenciadas por la necesidad experimentada y la disponibilidad de servicios de atención percibida, conducen a conductas específicas en relación con la enfermedad.

El efecto que pueden tener sobre la enfermedad encuentra su base en las creencias colectivas, lo que enfatiza la constitución de la salud como un proceso social (Sasson, 1999).

Capítulo 4. **MÉTODO**

Capítulo 4. **MÉTODO**

4.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación entre las creencias y actitudes de salud y el uso del Sector Salud en población del área metropolitana.

4.2 METODOLOGÍA

Se utilizó un diseño no experimental, descriptivo y explicativo. Para el análisis cuantitativo se utilizó el método de encuesta observacional con un diseño transversal descriptivo explicativo.

4.3 SUJETOS

Para el análisis cuantitativo se consideraron muestras no probabilísticas: 985 usuarios del Sector Salud, tanto público como privado, en que la edad establecida como criterio fue de 18 a 75 y de ambos sexos.

4.4 ESCENARIOS

Salas de espera para consulta externa del Hospital MIG, Hospital Español, Hospital Juárez, 1ro de Octubre y del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

4.5 INSTRUMENTOS

Se utilizaron los instrumentos Funcionamiento de la salud (FS) y Funcionamiento Psicosocial (FP) desarrollados por Ramírez y Cortés (2003). FS consta de 5 subescalas con un total de 69 reactivos y FP se compone de 58 escalas y 4 subescalas. Ambos instrumentos cuentan con confiabilidad y validez. Para los fines de la presente investigación se tomaron únicamente los datos del instrumento FS, de donde se seleccionaron las subescalas: Creencias y actitudes de salud y uso del Sector Salud.

4.6 PROCEDIMIENTO

Se aplicaron los instrumentos a 985 pacientes en las salas de espera para consulta externa de los Hospitales Privados MIG y Español; y en los hospitales públicos; Hospital Juárez, 1ro de Octubre y del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Se aplicó con el previo consentimiento institucional y personal de cada paciente. Y su aplicación fue tanto individual como grupal, dependiendo del número de sujetos encontrados en las salas de espera. El investigador siempre estuvo presente para resolver dudas o preguntas y en algunos casos, para leer los reactivos a las personas que así lo requerían. El tiempo estimado para responder el instrumento fue de 40 minutos y se aplicó una sola vez para cada sujeto.

4.7 RESULTADOS

Por medio del programa computarizado estadístico SPSS se obtuvo la correlación entre las variables (Uso del Sector Salud y Creencias y Actitudes de salud), utilizando una prueba no paramétrica (Ji cuadrada y coeficiente de Pearson), que se presentan también en forma gráfica.

El análisis de datos se realizó para determinar la relación entre las variables categóricas tomando como nivel de significancia .05. Los resultados se presentan en tablas de tabulación cruzada y su grafica correspondiente para cada una de las correlaciones para así, apreciar la diferencia de frecuencias.

Así mismo, se examinaron los reactivos primeramente que componen la variables por frecuencia para posteriormente hacer su correcta correlación, los cuales son: Ir al consultorio del doctor (43), correspondiente a la Variable Independiente Uso del sector salud, y los reactivos de la Variable Dependiente Creencias y actitudes de salud, los cuales son: Atiendo y cuido mi salud (47), Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz (55), Soy más vulnerable a contraer enfermedades que otras personas de mi edad (60), Soy muy capaz para cuidar mi salud (62), Existen cosas más importantes que la salud (68).

4.7.1 Frecuencia de variables

Primeramente se describirá la frecuencia de cada una de las respuestas dadas por la población.

4.7.1.1 Ir al consultorio del doctor (43)

Se aprecia que el 18.2%, que equivale a 180 personas reportaron no asistir al consultorio del doctor, el 20.6% asistir 1 vez, el 27.6% solo 2 veces, el 19.4% asisten de 3 a 5 veces y el 13.6, seis veces o más. El .2% corresponde a las respuestas anuladas. (Tabla 1 y Figura 1).

Rango	Frecuencia	Porcentaje
0	180	18.2
1	204	20.6
2	273	27.6
3-5	192	19.4
6 O MAS	134	13.6
6	1	.1
Total	986	99.8
Respuestas anuladas	2	.2
Total	988	100.0

Tabla 1. Demuestra la frecuencia de la población que va o no al consultorio del doctor.

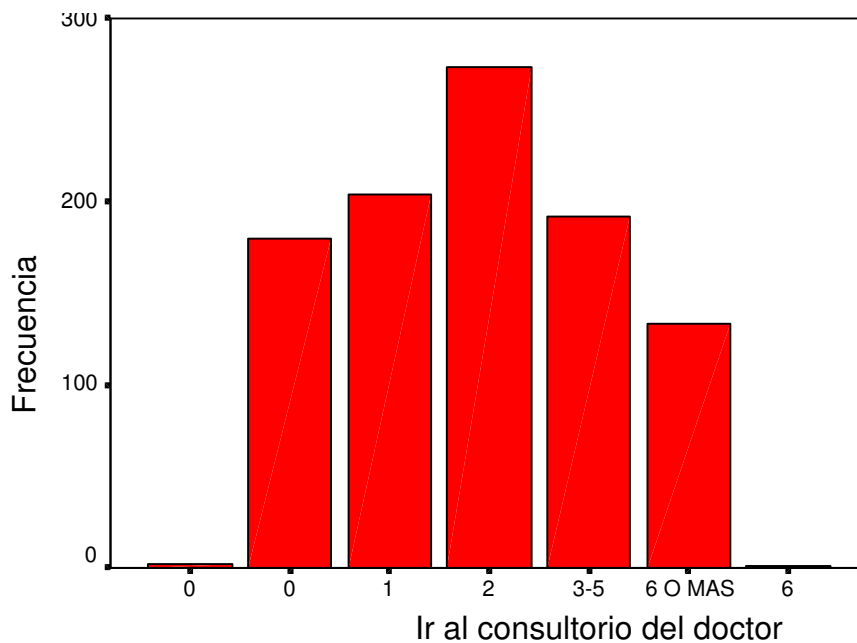


Fig. 1 Muestra la frecuencia de la población que asiste o no al consultorio del doctor.

4.7.1.2 Atiendo y cuido mi salud (47)

En este reactivo se puede ver, que la frecuencia de respuesta de la población que afirma atender y cuidar su salud se refleja en el 29.4%, es decir, 290 personas, el 32.8% reporta que regularmente lo hace, el 16.2% que un poco, y el 4.6% que definitivamente no, el porcentaje anulado fue de .4%.

Rango	Frecuencia	Porcentaje
0	4	.4
NO	45	4.6
UN POCO	160	16.2
REGULAR	324	32.8
CASI	161	16.3
SI	290	29.4
Total	984	99.6
Respuestas anuladas	4	.4
Total	988	100.0

Tabla 2. Frecuencia del reactivo: Atender y cuidar mi salud

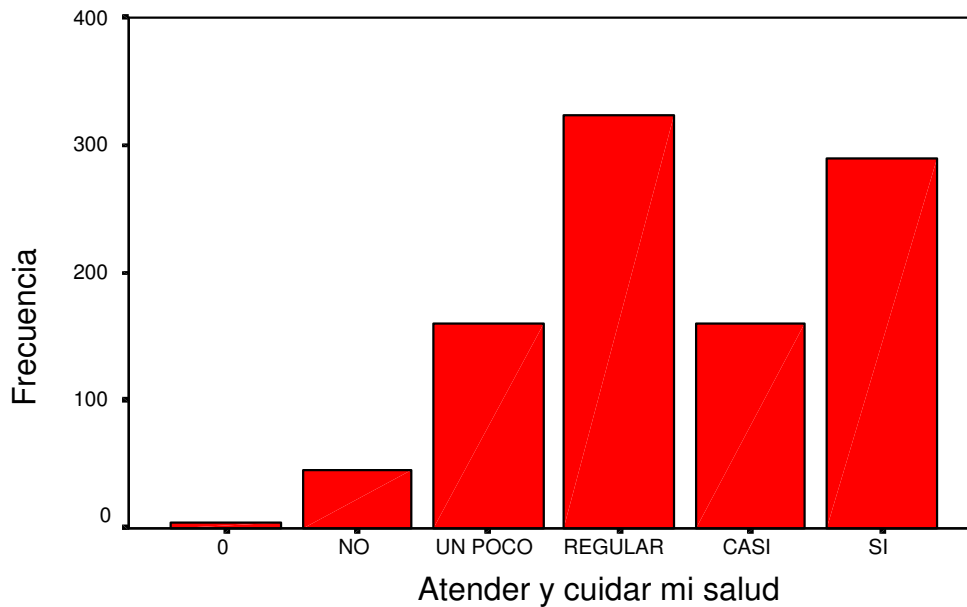


Fig.2 Representa la frecuencia de la población que atiende y cuida su salud.

4.7.1.3 Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz (55)

En este reactivo se encontró que el 4.1% no considera que se requiere de buena salud para ser productivo y feliz, el 3.5 que un poco, 87 personas consideran que regularmente, el 9.8% que casi siempre y finalmente 723 personas creen que si se necesita de buena salud. Las respuestas anuladas fueron 4.

Rango	Frecuencia	Porcentaje
0	1	.1
NO	41	4.1
UN POCO	35	3.5
REGULAR	87	8.8
CASI	97	9.8
SI	723	73.2
Total	984	99.6
Respuestas anuladas	4	.4
Total	988	100.0

Tabla 3. Frecuencia de buena salud para ser productivo y feliz.

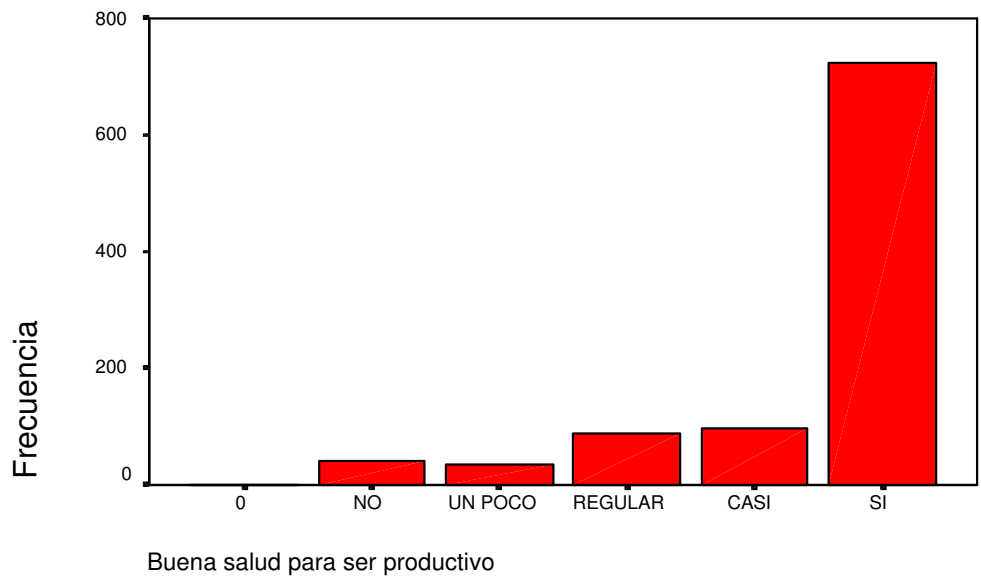


Fig. 3. Representa la frecuencia del reactivo: se requiere de buena salud para ser productivo y feliz.

4.7.1.4. Soy más vulnerable a contraer enfermedades que otras personas de mi edad (60)

Se observó que la población en este reactivo considera que no es más vulnerable a contraer enfermedades que otras personas de la misma edad en un 62.9%, mientras que el 14.5 manifiesta que un poco, el 10.5 que regular, y el 6.2% que sí. El porcentaje de respuestas anuladas corresponde a un .4%. (Tabla y Fig. 4)

Rango	Frecuencia	Porcentaje
NO	621	62.9
UN POCO	143	14.5
REGULAR	104	10.5
CASI	55	5.6
SI	61	6.2
Total	984	99.6
Respuestas anuladas	4	.4
Total	988	100.0

Tabla 4. Muestra la frecuencia de la respuesta de soy más vulnerable a contraer enfermedades.

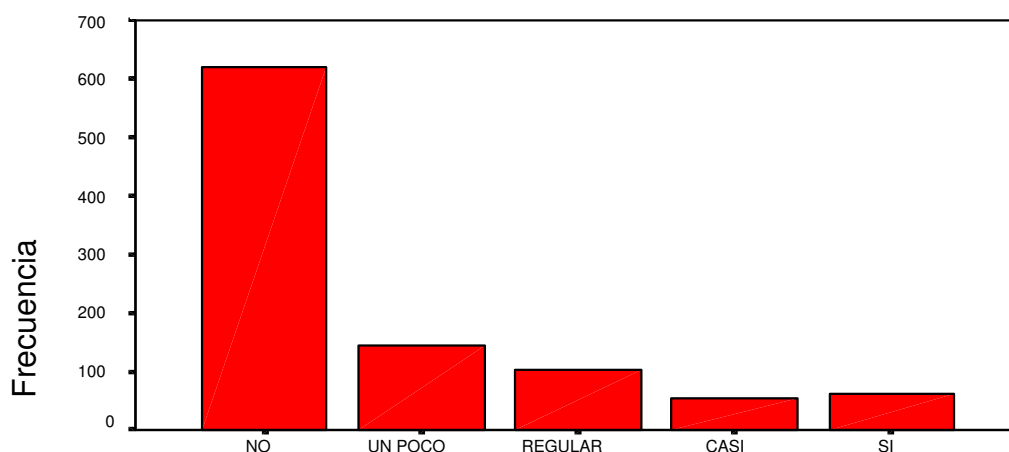


Fig. 4. Expone la frecuencia de la respuesta de soy más vulnerable a contraer enfermedades que otras personas de mi edad.

4.7.1.5 Soy muy capaz para cuidar mi salud (62)

Con respecto a este reactivo se encontró que el 8% considera que es muy capaz para cuidar su salud, el 12% que un poco, el 32.9% que regularmente si lo es. El 27.5% contesto que si. Las respuestas anuladas fueron 4.

Rango	Frecuencia	Porcentaje
NO	79	8.0
UN POCO	119	12.0
REGULAR	325	32.9
CASI	189	19.1
SI	272	27.5
Total	984	99.6
Respuestas anuladas	4	.4
Total	988	100.0

Tabla 5. Describe los datos de Soy muy capaz de cuidar mi salud

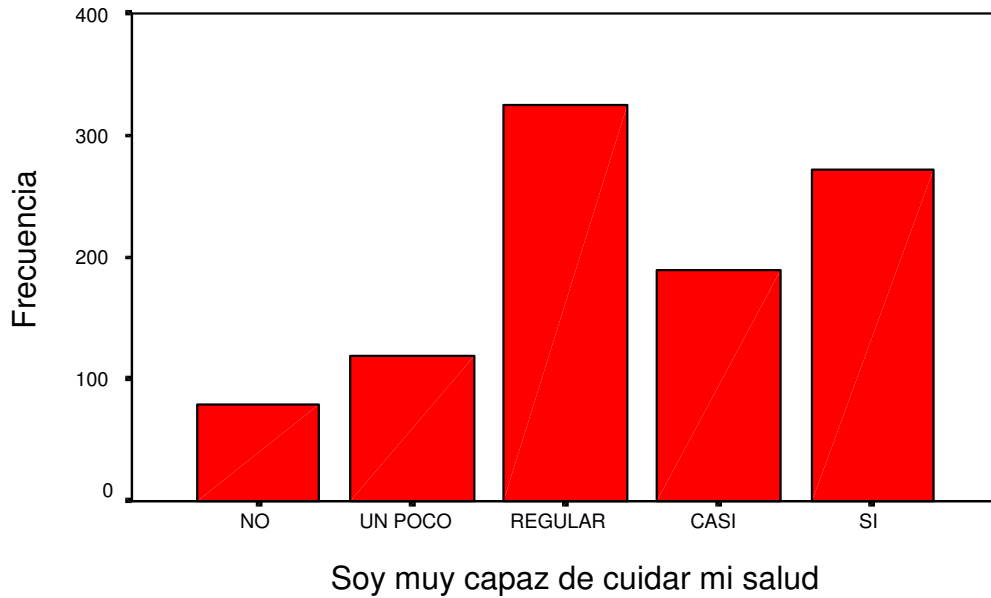


Fig. 5 Representa la frecuencia del reactivo soy muy capaz de cuidar mi salud.

4.7.1.6 Existen cosas más importantes que la salud (68)

El porcentaje que cree que hay cosas más importantes que salud es de 13.1%, equivalente a 129 personas. El número de personas que no lo cree asciende a 68.1%, los que piensan que un poco son el 7.8%, 6.4% que regular, y el 4% es de respuestas anuladas.

Rango	Frecuencia	Porcentaje
0	2	.2
NO	673	68.1
UN POCO	77	7.8
REGULAR	63	6.4
CASI	40	4.0
SI	129	13.1
Total	984	99.6
Respuestas anuladas	4	.4
Total	988	100.0

Tabla 6. Muestra la frecuencia de respuesta de existen cosas más importantes que la salud.

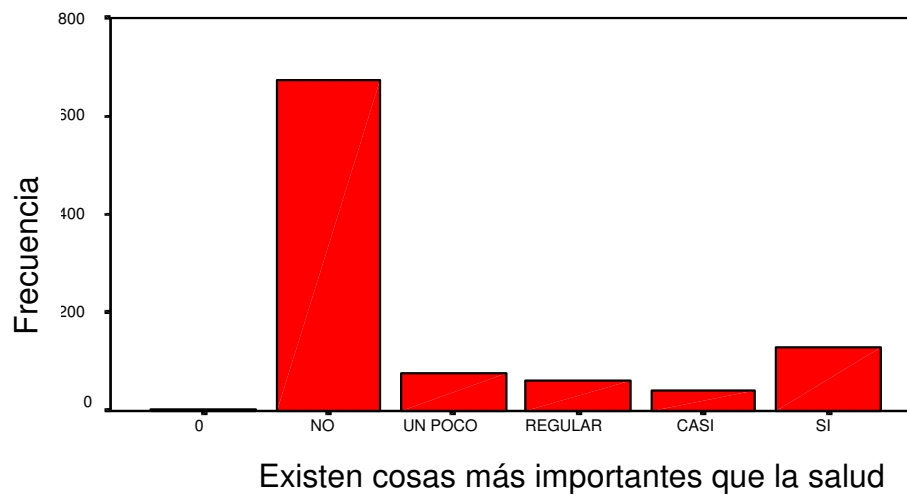


Fig. 6 Representa la frecuencia del reactivo existen cosas más importantes que la salud.

4.8 Correlación de variables

A continuación se presenta la correlación entre la variable Uso del sector salud (Ir al consultorio del doctor, 43), y los reactivos de la variable Creencias y actitudes de salud [Atiendo y cuido mi salud (47), Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz (55), Soy más vulnerable a contraer enfermedades que otras personas de mi edad (60), Soy muy capaz para cuidar mi salud (62), Existen cosas más importantes que la salud (68)].

4.8.1 Ir al consultorio del doctor - Atiendo y cuido mi salud.

Al aplicar la prueba Ji cuadrada para establecer la relación entre Ir al consultorio del doctor y atiende y cuido mi salud se obtuvo un nivel de significancia de .000, lo cual indica que es alta la correlación existente entre estos reactivos.

Prueba Ji Cuadrada

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	72.231	30	.000

Tabla 7. Puntajes obtenidos en la prueba Ji cuadrada para la correlación entre ir al consultorio del doctor y atiende y cuido mi salud.

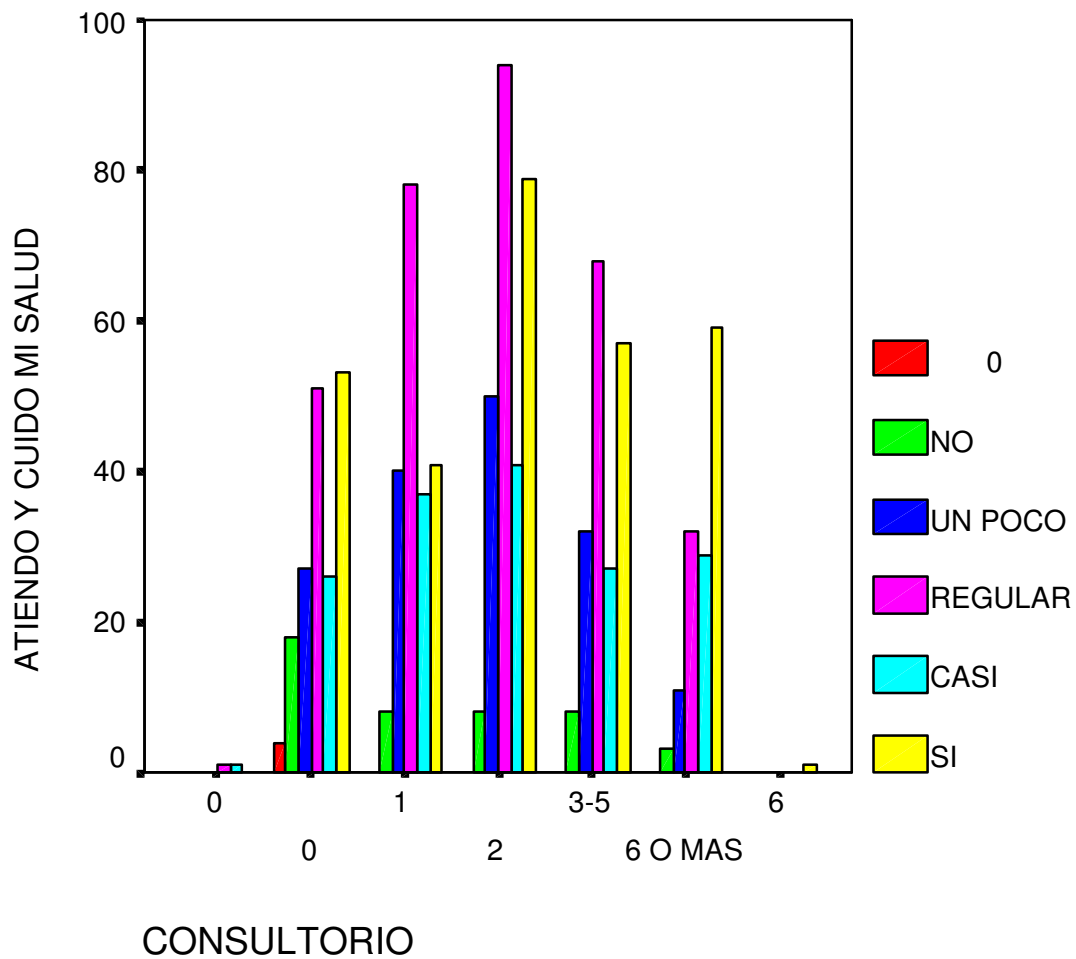


Fig. 7. Representa los puntajes obtenidos en la correlación de ir al consultorio del doctor y atiende y cuida su salud.

4.8.2 Ir al consultorio del doctor - Se requiere de buena salud para ser productivo y feliz.

Al evaluar la relación entre estos dos reactivos, se encontró un nivel de significancia de .052, lo cual indica que no existe tal.

Prueba Ji Cuadrada

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	43.565	30	.052

Tabla 8. Puntajes obtenidos en la prueba Ji cuadrada para la correlación entre ir al consultorio del doctor y se requiere de buena salud para ser productivo y feliz.

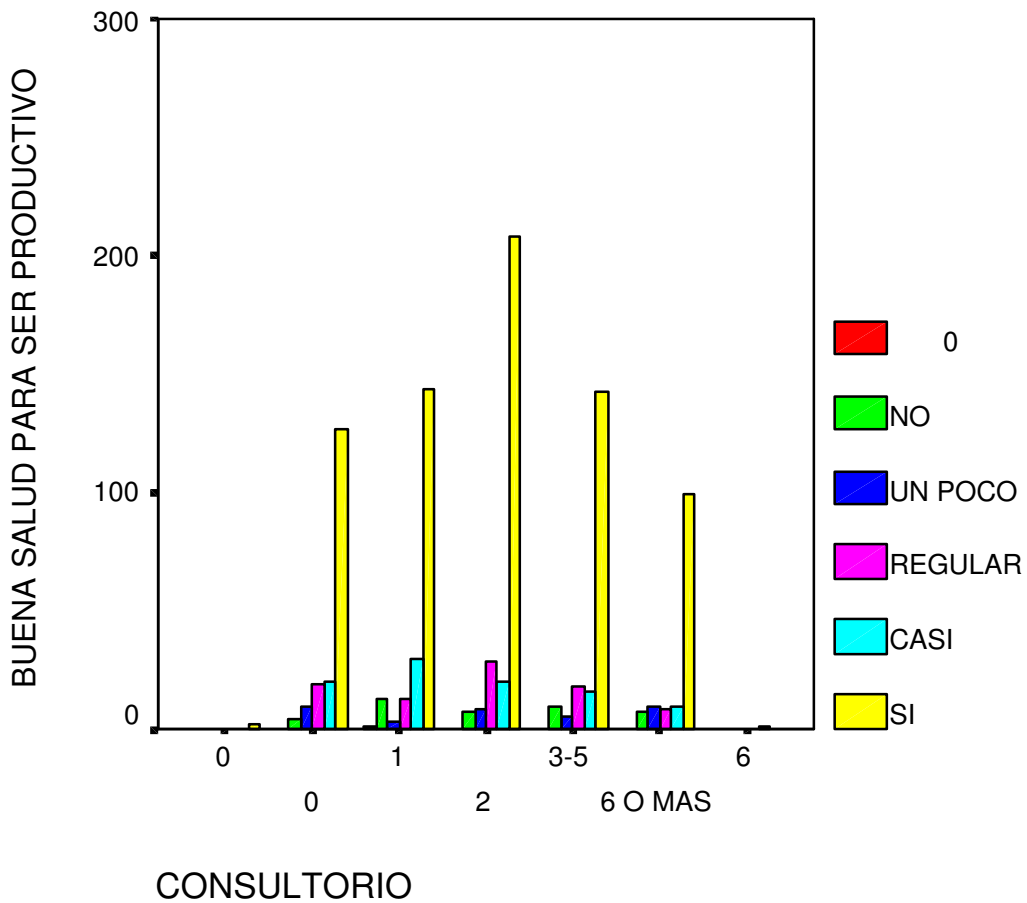


Fig. 8. Representa los puntajes obtenidos en la correlación de ir al consultorio del doctor y Buena salud para ser productivo

4.8.3 Ir al consultorio del doctor - Soy más vulnerable a contraer enfermedades que otras personas de mi edad.

En esta correlación se encontró que los reactivos mantienen una alta correlación entre ellos, ya que la significancia es de .000.

Prueba Ji Cuadrada

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	75.630	24	.000

Tabla 9. Puntajes obtenidos en la prueba Ji cuadrada para la correlación entre ir al consultorio del doctor y Soy más vulnerable a contraer enfermedades que otras personas de mi edad.

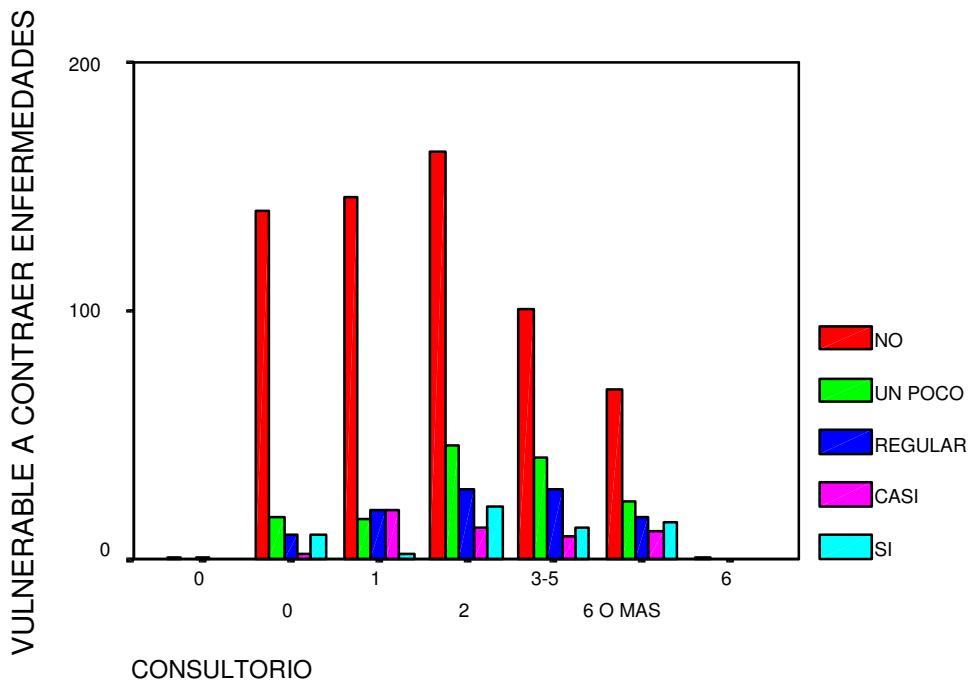


Fig. 9. Representa los puntajes obtenidos en la correlación de ir al consultorio del doctor y soy más vulnerable.

4.8.4 Ir al consultorio del doctor - Soy muy capaz para cuidar mi salud.

Al establecer la relación entre ir al consultorio del doctor y la capacidad para cuidar la salud se encontró que también existe una alta correlación entre estos reactivos, con un nivel de significancia de .000.

Prueba Ji Cuadrada

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	61.946	24	.000

Tabla 10. Puntajes obtenidos en la prueba Ji cuadrada para la correlación entre ir al consultorio del doctor y Soy muy capaz para cuidar mi salud.

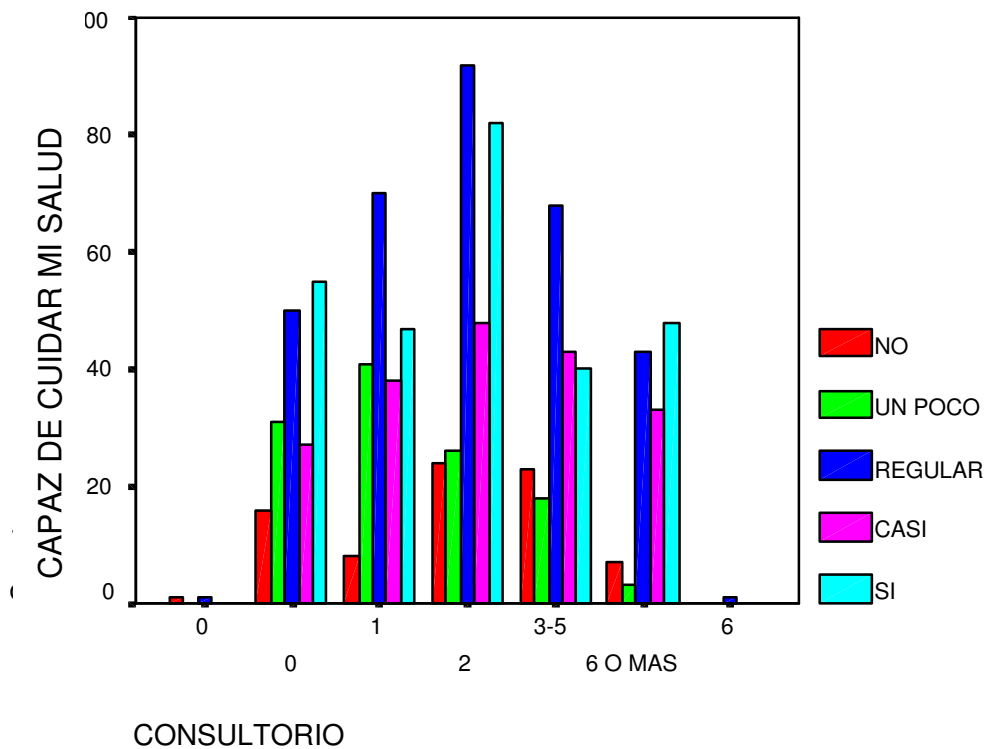


Fig. 10. Representa los puntajes obtenidos en la correlación de ir al consultorio del doctor y soy capaz mi salud.

4.8.5 Ir al consultorio del doctor - Existen cosas más importantes que la salud.

No existe correlación alguna entre los reactivos ir al consultorio del doctor u existen cosas más importantes que la salud. Esto lo demuestra un nivel de significancia entre éstos de .389.

Prueba Ji Cuadrada

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson	31.535	30	.389
Chi-Square			

Tabla 10. Puntajes obtenidos en la prueba Ji cuadrada para la correlación entre ir al consultorio del doctor y Existen cosas más importantes que la salud.

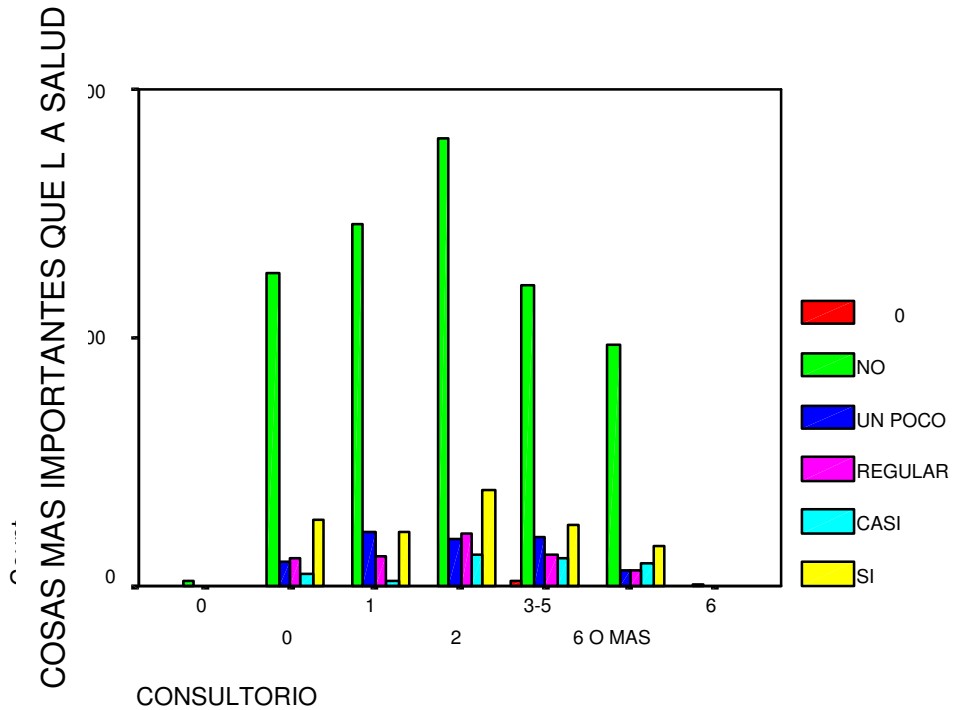


Fig. 10. Representa los puntajes obtenidos en la correlación de ir al consultorio del doctor y hay cosas más importantes que la salud.

Capítulo 5. **ANÁLISIS DE DATOS**

“El contraste entre las creencias de un hombre y sus acciones es uno de los espectáculos más divertidos que la vida puede ofrecer”.

- William Somerset Maugham -

Capítulo 5. **ANÁLISIS DE DATOS**

5.1 Análisis individual de variables

A continuación, se dedica este apartado para realizar un análisis detallado de los datos arrojados por el programa estadístico SPSS, por medio del cual se realizó la correlación entre el reactivo de la variable independiente Uso del sector salud, y los reactivos de la variable dependiente, Creencias y actitudes de salud.

Para realizar el análisis previamente se tomaron las frecuencias de cada uno de los reactivos, los cuales indican que la población encuestada va regularmente al consultorio del doctor, atienden y cuidan su salud la mayoría, pero reconoce que lo hacen de vez en cuando, respuesta que es congruente con los resultados de la frecuencia del reactivo soy muy capaz de cuidar mi salud, ya que ambos obtuvieron el mismo porcentaje.

De igual manera, la mayoría afirma que se requiere de buena salud para ser feliz y productivo ya que alcanzo un setenta porciento. En el reactivo soy mas vulnerable a enfermar, la mayor parte de los entrevistados contesto que no, esto es que, consideran que tienen la misma predisposición a la enfermedad que cualquier otra persona.

5.2 Correlación de Variables

Posteriormente la correlación entre la variable independiente Uso del sector salud, y los reactivos de la variable dependiente, Creencias y actitudes de salud permitió observar que de las cinco correlaciones que se efectuaron solo tres obtuvieron un nivel de significancia que indica si existe la correlación y en dos de éstas nos se encontró tal.

Primeramente la relación de los reactivos en los que se encontró correlación fueron en Ir al consultorio del doctor y atiengo y cuido mi salud, la segunda correlación hallada fue la de ir al consultorio y soy capaz de cuidar mi salud y por último la de ir al consultorio y soy mas vulnerable a enfermarse que otras personas de mi edad.

La relación de los reactivos en los que no existe correlación son en ir al consultorio del doctor y se requiere de buena salud para ser productivo y feliz y el primero con existen cosas más importantes que la salud.

Congruentemente a lo expresado por la población, la mayoría que afirmó que atiende y es capaz de cuidar su salud asiste regularmente al consultorio medico, al examinar las frecuencias es posible observar que en seguida de la respuesta “regular” la que sigue en porcentaje es “sí”, por ello es que de no existir la correlación con asistir al consultorio regularmente se hubiesen detectado respuestas no del todo verdaderas, cosa que solo se observó en dos casos, ya que se encontraron contradicciones en lo manifestado, curioso es ver que la mayor parte de la gente que considera que no existen cosas más importantes que la salud no asisten regularmente al consultorio, la correlación es nula. Cómo cuidan, atienden y están al pendiente de ella si no se revisan periódicamente, sí se considera que la salud es una prioridad, en qué medida estaría mintiendo este sector de la población al no encontrar relación entre estos y de vez en cuando ir al médico.

No tan incoherente fue la segunda no correlación, ir al consultorio y se requiere de buena salud para ser productivo y feliz, donde no hay una relación significativa en estos reactivos, sin embargo, sí la población encuestada afirma que se requiere de buena salud para aspectos vitales como son la productividad, porque entonces no se asiste al doctor. Es muy alta la frecuencia que afirma que es muy importante la salud, lo ideal pues, sería que se asistiera a chequeos periódicos, para así mantenerla y en tal caso sí ser productivos y felices

Capítulo 6. **DISCUSIÓN**

“La base de nuestra civilización está en la libertad de cada uno, en sus pensamientos, sus creencias, sus opiniones, su trabajo y sus ocios”.

- Charles de Gaulle -

Capítulo 6. **DISCUSIÓN**

De acuerdo a lo expuesto en el marco teórico, se ha retomado para este capítulo, a aquellos autores que han hablado acerca del tema que en este trabajo nos ocupa, contrastando sus opiniones y/o resultados obtenidos de sus estudios con los propios de esta investigación, destacando para ello los acuerdos y desacuerdos en cada uno de ellos.

El orden en el que se presenta a los autores no tiene un criterio específico, no obstante, los ejes de la discusión giran en torno a las dos variables manejadas en este trabajo: el uso del sector salud y las creencias y actitudes de salud.

A continuación se presenta una discusión con diversos autores que fueron retomados en este trabajo y que hablaron particularmente del uso del sector salud (la que se definió como la variable independiente).

Bronfman (1997), mencionó que las actividades que constituyen el proceso de atención médica surgen como respuesta a una necesidad que generalmente se percibe como una alteración de la salud o del bienestar. Dice también que en algunos casos el profesional de la salud puede ser el primero en detectarla y esto puede desencadenar el proceso que lleva a la atención médica.

En el presente trabajo se encontró que la población metropolitana tomada como muestra, acude a los servicios de salud, recurriendo al consultorio del doctor de forma regular (en promedio de dos veces al año), persiguiendo el objetivo de atender y cuidar su salud; lo cual si bien estamos de acuerdo con Bronfman que la búsqueda de la atención médica surge de la necesidad de tener salud, no necesariamente queda claro en esta población, que surja a partir de una alteración de la salud y de haberla o no haberla, en este caso queda claro que quienes buscan el servicio por cuenta propia son las personas y no necesariamente es el personal de salud quién desencadena dicho proceso.

Por otra parte, son diversos autores los que mencionaron que es en sí el proceso de enfermedad lo que determina que las personas acudan al servicio médico, como la principal y única motivación; por ejemplo Mechanic (1982, citado en Bronfman, 1997) propuso que la conducta del enfermo reporta la siguiente secuencia:

- Percepción de los síntomas;
- Adopción del papel de enfermo con validación provisional de individuos no profesionales;
- Establecimiento de contacto con los servicios de atención médica;
- Ingreso en la relación médico-paciente y
- Recuperación y rehabilitación.

Así también (Bronfman, 1997) afirmó que el proceso de búsqueda de la atención lleva a establecer contacto directo con el médico y dependiendo de la percepción de la enfermedad, el individuo activará mecanismos en torno al deber de satisfacer la necesidad y esto lo hará en relación con su cultura, poder de compra y personalidad.

A partir de los resultados de esta investigación se observó que la población metropolitana no sólo refirió “atender y cuidar su salud” sino que también “se sabe capaz de cuidar de su salud”, en ambos casos expresaron hacerlo con regularidad (en su mayoría) y otra gran porción de la población dice sí llevarlo a cabo, refiriendo con ello una toma de conciencia responsable para con su salud. Dado que estas respuestas fueron arrojadas a partir de preguntas elaboradas, en términos de criterios de frecuencia, no se sabe bien a bien si “cuidar y atender la salud” está vinculado necesariamente con una percepción de enfermedad o alteración, no obstante, las preguntas están descritas en términos positivos, es decir, hablan de “cuidar y atender la salud” y no en términos negativos “de atender la enfermedad”, lo que nos lleva a pensar en una actitud distinta la que motiva a buscar el servicio médico, como puede ser el procurar la salud, ya que solo de esta manera se podría cuidar de la salud; sería ilógico pensar en cuidar de la

salud una vez que existe la percepción de estar enfermo, en donde la percepción de la salud se ha quebrantado. Esto es lo que nos lleva a discrepar de la posición de los autores mencionados anteriormente.

Bronfman (1997), mencionó que la utilización de servicios de salud es, esencialmente, un campo de conducta muy dinámico en el cual la capacidad interpretativa de los individuos juega un papel fundamental, así mismo, la utilización de los servicios de salud también es un hecho social determinado por variables externas a los individuos y como una forma de conducta que se explica a partir de los significados que los individuos construyen a través de la interacción social. Así mismo también mencionó que la utilización de los servicios de salud puede concebirse como la interfase de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada.

Al respecto podemos notar que la población entrevistada, tiene una percepción desarrollada acerca de su propia susceptibilidad a la enfermedad, ya que ésta mencionó que no se considera más vulnerable que el resto de la gente de su edad, no obstante, resultó estar correlacionada con acudir al doctor. Lo cual está en plena concordancia con lo mencionado por Bronfman cuando refiere que la utilización de los servicios de salud se explica a partir de ciertas variables, entre ellas: el nivel de disposición del individuo para utilizar los servicios, dada su percepción sobre su propia susceptibilidad. Así también maneja como otra variable a los beneficios y barreras percibidas en cuanto a la decisión de utilizar los servicios, con lo cual también estamos de acuerdo, ya que en este caso se entiende que si la población muestra decidió utilizar los servicios de salud es porque va implícita la idea o percepción de que a través de éstos se verá beneficiada, incluyendo sus creencias relativas a la salud, al depositar su propia confianza en el sistema de atención, de las que también habla el autor.

Otra de las variables mencionadas por el autor se refiere a los detonantes de la acción como pueden ser los internos y los externos, mencionando en el caso de los primeros a la percepción del estado corporal y como externos a la interacción con otros, lo que suponemos que también en la población metropolitana es determinante para acudir a los servicios de salud, ya que al reconocer su propia vulnerabilidad a contraer enfermedades (no mayor a la de otros de su edad, pero va implícita su propia existencia), es razón suficiente para hacer uso del sector salud, en tanto hay un detonante interno, relacionado a la percepción de poder enfermarse, o bien otro externo, que posibilita este mismo riesgo en la población entrevistada, en función de lo que le ocurre a los demás.

Por último, mencionó la necesidad de atención médica (desde el punto de vista tanto del paciente como del personal de salud), como la cuarta variable que determina la utilización de los servicios, con la que se está completamente de acuerdo con lo obtenido en esta investigación, en donde existe una necesidad de atención que surge de una actitud y de ciertas creencias de los propios usuarios o tal vez ha sido influenciada por profesionales de la salud anteriormente (dato que no se pudo saber con precisión, dadas las limitaciones de la entrevista); éstas son: el pensar en atender y cuidar de su salud y sentirse muy capaces de hacerlo (como creencias) y como actitud, la conducta de acudir al servicio de salud con regularidad a partir de las anteriores.

En esta misma línea de ideas, Bronfman (1997) y Arredondo (1992), refirieron que la utilización de los servicios de salud está en función de otros factores aún no mencionados como son:

Los factores predisponentes, donde incluye en esta dimensión variables sociodemográficas asociadas con las actitudes y creencias en torno a salud y la enfermedad, tales como composición familiar, edad, sexo, estado civil, clase social, ocupación, etcétera.

Los factores capacitantes que engloban a todos los aspectos que tienen que ver con la condición socio-económica dividiéndolos en: Recursos familiares como ingreso, ahorro, seguros, etcétera y por otro lado, los recursos comunitarios como servicios disponibles, fuerza de trabajo en salud, etcétera.

En este punto en particular se coincide con los autores, en que existe una relación con las variables sociodemográficas para hacer uso de los servicios de salud, donde en este caso la población metropolitana mexicana que sirvió de muestra en la presente investigación, reportó no acudir a los servicios médicos aún cuando existe la creencia en la mayoría de los entrevistados de que no hay cosas más importantes que la salud, lo cual es un motivo que merece una mayor reflexión para poder justificar o por lo menos intentar comprender a qué responde esta conducta, que pareciera contradictoria y por ello no coherente a primera vista.

Tal vez podamos encontrar una posible comprensión de lo anterior, por medio de lo que mencionó Mejías (2002), acerca de las creencias en la población mexicana, sobre todo en algunas poblaciones donde están aún muy arraigadas y se engloban en la creencia de que toda enfermedad es consecuencia del pecado. Detrás de esta creencia se pone en evidencia la imagen que se tenía o se tiene de Dios.

De acuerdo a lo expuesto también por Rodríguez (1985), en las sociedades tradicionales católicas occidentales y en algunas otras, se ha usado y se sigue usando un ritual de carácter mágico-religioso, basado en la creencia de que los seres sobrenaturales (en el catolicismo: Dios, la Virgen y los santos) poseen poder para interrumpir favorablemente el curso de cualquier enfermedad o accidente. Para ello, los humanos han de propiciarlos o forzarlos, para que actúen en casos concretos, ofreciéndoles a cambio sacrificios, donaciones, objetos y la divulgación de estos poderes. Estos rituales, conocidos como promesas y exvotos, constituyen formas organizadas que las culturas católicas occidentales han creado como respuesta a la enfermedad y al accidente, solucionando en gran medida las

situaciones de ansiedad que toda enfermedad tenida por grave crea en los pacientes y en sus familiares.

El mismo autor agrega que sean cuales fueren las causas de la enfermedad, atendiendo a la naturaleza y categorización que de la misma se haga, según la tradición cultural, se acude a los remedios caseros de conocimiento común o a lo aconsejado por personas entendidas: a la comadrona, al herbolario, al arregla huesos, al ensalmador o a cualquier especialista de los que denominamos curanderos y además, se pide ayuda por la vía de la fe religiosa y en este caso católica a la Virgen, Cristo o los santos de mayor devoción.

Por lo anteriormente dicho por los autores, Mejías (2002) y Rodríguez (1985), es posible suponer que así como una gran población mexicana suele ver el fenómeno de la enfermedad, es posible que con esa misma óptica se le interprete a la salud, es decir, que se la vea como un hecho que viene de Dios, que está en relación directa a su proceder, a su modo de actuación en el mundo, con los otros y que sea un fenómeno que está sujeto al juicio divino, que viene como consecuencia de una voluntad sobrenatural en la que el creyente no interviene, más que con su forma de actuar, ganándose la salud como un regalo por su buen obrar. En el caso de la población metropolitana, que es necesario precisar que está conformada en su mayoría por gente de diversos lugares de la República y que coexiste junto con ideologías mezcladas tanto tradicionales (propias de las culturas antiguas) como occidentales, donde el culto religioso es predominantemente católico - cristiano, se puede apreciar una influencia policultural y poliracial, lo que propicia múltiples y variadas creencias y actitudes, muchas de las cuales están vinculadas con la salud. Como parte de los resultados del presente trabajo se pudo observar que la muestra poblacional que se tomó, opinó que no existen cosas más importantes que la salud y la correlación con ir al consultorio del doctor fue prácticamente nula; lo que pretendemos suponer que puede estar fundamentado por los argumentos anteriores, es decir, que a pesar de

que la mayor parte de la población le da un valor fundamental a su salud, como ninguna otra cosa, esto se encuentre mayormente relacionado con las creencias religiosas, donde la salud es otorgada como un bien divino, donde el rasgo característico es la actitud pasiva de esperar la voluntad de Dios y asumirla tal cual es; que con la intervención personal para buscarla o tenerla, descartando de esta forma que las personas tengan que hacer algo por su cuenta para acceder a ella, como lo puede ser el asistir al doctor. Esto puede estar influyendo en el comportamiento de la población que resultó ser incongruente en sus respuestas, no por ello se asegura que sea la única razón existente. Pero sí es de sorprender, así como difícil de comprender, que la misma población que dijo atender y cuidar su salud, así como considerarse muy capaz de hacerlo y que reportó una relación con ir al servicio de salud, sea la misma que también reconoce a la salud como lo más importante, sobre otras cosas y que demostró no acudir a dichos servicios. No obstante, en un intento por dar más respuestas al hecho, también se puede sospechar que la población no esté reportando con toda seriedad y franqueza lo que piensa y hace y que por tal motivo haya caído en dichas contradicciones; u otra forma de verlo es que el instrumento utilizado para extraer información, esté dando lugar a posibles inconsistencias en la información.

Por otro lado, Arredondo (1992), propuso la descripción de diferentes modelos de utilización de los servicios de salud, entre los cuales menciona al modelo epidemiológico, el cual intenta abordar el problema enfocándolo hacia el estudio de las necesidades de salud, la utilización de los servicios también depende de la exposición de esa población a los factores de riesgo, los cuales están asociados con la probabilidad de que un Individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones. La utilización de los servicios, por consiguiente esta determinada en mayor o menor grado por el tipo de riesgo al cual se exponga la población, por lo que se requiere de un tipo de servicio específico según el caso (la accesibilidad, la disponibilidad y las características de los servicios como determinantes de la utilización).

También refirió que la accesibilidad se refiere al grado de ajuste entre las características de los servicios y las características de la población, es considerada como un factor intermedio entre la demanda de atención y las características de los servicios. La disponibilidad se entiende como la capacidad para producir servicios, además de la simple presencia de recursos, también se considera otro factor intermedio, pero en este caso entre accesibilidad y las características de los servicios. Las características de los servicios ejercen una gran influencia sobre la población y pueden no modificar e imitar los patrones de utilización.

Dados los resultados arrojados en el presente trabajo, nos encontramos de acuerdo con lo expresado por el autor, con respecto a las necesidades de salud donde la utilización de los servicios depende de la exposición de una determinada población a los factores de riesgo; lo cual nos lleva a pensar en una posible relación, tomando en consideración que de los cinco reactivos estudiados, referentes a las creencias y actitudes de salud, tres de ellos tuvieron correlación con el reactivo referente al uso del sector salud. Los tres reactivos mencionados son: Atiendo y cuido mi salud, soy muy capaz de cuidar mi salud y soy más vulnerable a contraer enfermedades que otras personas de mi edad, se encontraron relacionados con el hecho de que la gente entrevistada dijera ir al doctor, lo cual da lugar a suponer que esta gente que se desenvuelve y vive en la ciudad de México, donde la sociedad vive a un ritmo muy acelerado (propio de cualquier urbe y en donde se sabe de todas aquellas situaciones que aquejan a la población en su vivir cotidiano, como lo pueden ser la sobrepoblación, la violencia, la pobreza, el desempleo, la analfabetización, la economía deficiente, etc.) tiene una gran necesidad de cubrir sus necesidades de salud, por lo que la mayoría de la población tomada como muestra, va al consultorio del doctor, ya que ante el escenario que se vive en dicha sociedad, se puede suponer que la gente es capaz de percibir su alrededor como un espacio donde existen diversos riesgos y que le afectan internamente, lo que hace necesario tener que buscar activamente la atención y los cuidados de salud.

Con respecto a lo que refiere el autor por accesibilidad también nos encontramos de acuerdo, ya que podemos decir que una parte importante de la población tomada como muestra en este trabajo es la que dijo acudir al médico con regularidad, por lo que se puede deducir que para ésta ha sido de fácil acceso o al menos le ha sido posible llegar a él, lo cual en el área metropolitana es de esperarse que los servicios de salud se encuentren más cerca de la población, concentre a mayor número de profesionales y por lo tanto exista una elevada competencia en la que los servicios de salud suelen ofrecer una gama de posibilidades económicas, desde las más encarecidas hasta las más bajas en costos. Cabe mencionar que la población entrevistada en su mayoría fue usuaria de servicios de salud público y la minoría de servicios de salud privado. No obstante estamos conscientes de que la población entrevistada es aquella que por encontrarla en los hospitales ya era en sí misma, la población que puede tener acceso; pero cabría la oportunidad de averiguar si en población abierta, que no necesariamente se encontrara en ambientes hospitalarios, tienden a suponer accesibles los servicios de salud y por lo tanto a acudir a ellos.

Otro modelo propuesto por Irwon M. Rosenstock, el modelo psicosocial, se basa en la actividad que realiza una persona que cree estar sana con el propósito de prevenir la enfermedad. Este autor considera que la decisión de buscar salud, es un proceso en el cual el individuo se mueve a través de una serie de estadios, que define como variables que parecen contribuir significativamente a entender el comportamiento tanto de él como usuario, así como de los actores en el área de la salud.

Las variables usadas en este modelo son tomadas y adaptadas de la teoría psicosocial, del trabajo de Lewin. Específicamente incluye dos clases de variables: El estado psicológico de alerta o aprehensión para tomar una acción específica en función de la susceptibilidad percibida y la seriedad o gravedad percibida de la enfermedad y la susceptibilidad percibida se refiere a los riesgos subjetivos de ajustarse a una condición. La seriedad percibida puede incluir amplias y complejas implicaciones como los efectos de la enfermedad sobre el trabajo, la vida familiar y las relaciones sociales.

Al respecto estamos de acuerdo con lo mencionado por Irwon M. Rosenstock, ya que en este trabajo se tiende a suponer que la población que acude con regularidad al doctor puede ser motivada por una actitud de buscar salud y prevenir de esta forma la enfermedad, lo cual nos parecería muy alentador, ya que esto hablaría de una posible actitud más positiva, que busca desarrollar y promover la salud, más que curar, una vez que la enfermedad ya se encuentra manifiesta.

La siguiente parte de la discusión se remite más específicamente a aquellos autores que en este trabajo fueron citados para explicitar sus puntos de vista acerca de las creencias y actitudes, para lo que interesa analizarlos a la luz de los resultados arrojados en esta investigación, donde cabe recordar, que a partir de la variable dependiente que se definió en el presente trabajo, referente a las creencias y actitudes de salud, se tomaron los reactivos siguientes: atiendo y cuido mi salud, soy muy capaz de cuidar mi salud, soy más vulnerable a contraer enfermedades que otras personas de mi edad, se requiere de buena salud para ser productivo y feliz y existen cosas más importantes que la salud.

Al respecto de las creencias hay autores que coinciden en que éstas por su naturaleza llegan a ser tomadas y seleccionadas por los individuos cual si fueran verdades acertadas o en otro sentido, como una interpretación que atiende a un hecho real, que no sólo se cree, sino que se vive como algo que es tal cual se percibe y que tiene una influencia sobre el pensamiento y el comportamiento de los mismos, induciéndolos a la acción; tales son los casos de Carrada (2001) y de Bueno (2002).

En relación a lo anterior, se puede decir que de los datos obtenidos en el presente estudio se está de acuerdo con estos autores, en términos de la existencia de la relación entre las creencias de los sujetos y sus conductas, en tanto fueron evidenciadas claramente en dos casos, en donde los reactivos: “atiendo y cuido mi salud” y “soy muy capaz de cuidar mi salud”, se encontraron correlacionados con el uso del sector salud. Se deduce que esta población que creyó ser capaz de atender y cuidar su salud, partió de una evaluación hecha por sí misma, recurriendo en consecuencia de dicha creencia al consultorio del doctor, es decir, dichas creencias tuvieron el poder de inducir a la acción.

Cabe resaltar que dichas creencias expresadas como “soy muy capaz de cuidar mi salud” y “atiendo y cuido mi salud”, fueron concebidas así por la mayoría de la población en ambos casos, en los que reportaron hacerlo de forma regular en un primer plano y en el segundo respondieron que sí lo hacen. Y es de llamar la atención que se trata de la misma población que en su mayoría acude dos veces al año al consultorio del doctor, seguida de la población que lo hace una vez al año; dato que es revelador en cuestión de analizar el contenido semántico que este hecho implica, dicho en otra forma, lo que significa cuidar de la salud para la población metropolitana, que sugiere la idea de que es suficiente visitar a los servicios de salud con la frecuencia antes dicha para mantener un estado saludable.

Por otro lado, también se encontraron en el presente trabajo tres casos concernientes a otras creencias estudiadas, en los que a simple vista no parece muy congruente la relación entre éstas y el comportamiento dirigido al uso del sector salud. Más puntualmente podemos distinguir un primero, donde fue investigada la creencia “soy más vulnerable a contraer enfermedades que otras personas de mi edad”, donde la mayoría respondió que no lo era y no obstante, hubo correlación con ir al consultorio del doctor. Aparentemente esto pareciera una incongruencia, lo cual puede no vérsela así si se le analiza con otra óptica, sujeta a un análisis más detallado, que puede ser (como ya se explicó en otra sección de la discusión, donde se habla específicamente del uso del sector salud), que la gente entrevistada no se sintió o percibió más vulnerable a enfermar que otros de su edad, pero que no por ello dejó de sentirse vulnerable; puede ser de igual modo o menos que los demás, es algo que no lo sabemos a partir de los resultados de este trabajo, pero queda la idea de que existe la percepción de susceptibilidad a enfermar.

En el segundo caso donde se estudió la creencia “se requiere de buena salud para ser productivo y feliz”, la población metropolitana respondió con un elevado índice que “sí”, sin embargo esta creencia no se encontró correlacionada con el uso del sector salud, como tampoco lo estuvo en el tercer caso, donde se analizó la creencia “existen cosas más importantes que la salud” y la respuesta fue notoriamente “no”. En ambas situaciones se detecta una incongruencia marcada entre lo que se dijo “creer” y la ausente relación de acudir a servicios de salud. Contrario a lo hallado, lo que hubiera denotado cierta lógica, pudo ser la siguiente asociación de ideas, seguida de la conducta esperada que se mencionan a continuación: que si no existe algo más importante que la salud y esta última es indispensable para ser productivo y feliz, entonces habría que “cuidarla y atenderla” a través de comportamientos que vallan dirigidos al uso del sector salud, donde se encuentran las autoridades de salud científicas y reconocidas socialmente. Esto deja ver las inconsistencias entre lo que se cree y lo que se hace, lo cual si bien refuta lo

dicho por Carrada (2001) y Bueno (2002) anteriormente, también pueden citarse las palabras de este último autor, a partir de las cuales se podría estar nuevamente de acuerdo con lo que mencionó, contrastándolo con lo arrojado en los resultados de este trabajo; éste habló del “concepto crítico de creencia y de la mentalidad prelógica, la cual se refiere al conjunto de creencias que violan las leyes de la lógica–identidad”, dejando abierta la posibilidad de que en una misma mente caben creencias que por sí mismas pueden contradecirse y que por ende, también tienen afectación en la conducta, incluso en la identidad.

Pero así también Millacura (2000), mencionó que las creencias acerca de algo son constantemente sujetas a pruebas y que cada una de estas creencias puede ser comprobada, así como juzgada a través de hechos observables, pudiéndose evaluar sus méritos empíricamente. De tomarse tácitamente estas palabras, podría decirse que aquella población que creyó a la salud como lo más importante, además de ser esta la base para ser productivo y feliz, debió haberse correlacionado con la conducta de haber ido al doctor, como prueba que confirmara que en verdad fue considerada como lo más importante tal como se pensó, propiciando de este modo el mantenimiento de dichas creencias; pero ya que esto no ocurrió así, se puede llegar a pensar (de acuerdo con lo expresado por el autor) que a partir de la aplicación del instrumento, esta población pudiera llegar a desmantelar dichas creencias, pues una vez sujeta a la prueba, hubo la oportunidad de tomar conciencia de sus propias respuestas emitidas a partir de las creencias y actitudes que se investigaron a través de los reactivos y sus conductas de no hacer uso del sector salud, pudiendo generar un cambio de creencias y actitudes como pueden ser: no seguir pensando a la salud como lo más importante ya que no hay una práctica de ir al doctor, o bien, seguir creyendo que la salud es lo más importante y en consecuencia, acudir a servicios de salud.

Con respecto a las actitudes, hay un buen número de personajes que las han definido y han destacando aspectos muy propios que les atañe, no obstante para la discusión retomaremos sólo algunos de ellos.

Rokeach (1968) opinó que son una organización relativamente estable de creencias acerca de un objeto o situación que predispone al sujeto para responder preferentemente en un determinado sentido.

En este trabajo se encontraron resultados que afirman lo dicho por el autor, pero también otros que contradicen éstos mismos. Se pudo observar que el conjunto de creencias y actitudes de salud organizadas que fueron tomadas para estudio, no predispusieron necesariamente (a los sujetos que participaron en esta investigación) a actuar en un mismo sentido, ya que se encontraron dos tendencias radicalmente opuestas como fueron: acudir a servicios de salud o no acudir.

Triandis (1971) dijo que se trata de una idea o ideas cargadas de emotividad que predisponen a una clase de acciones ante una clase particular de situaciones sociales. Por su parte Fazio y Roskos-Ewoldsen (1994) las definieron como asociaciones entre objetos actitudinales (prácticamente cualquier espectro del mundo social) y las evaluaciones de estos objetos. Tales autores guardan mucha similitud con lo dicho por Rokeach, por lo que se emite la misma opinión anterior.

Cordón (2003) mencionó que el poder del pensamiento y la actitud que cada persona manifiesta ante los acontecimientos de su propia vida, son elementos de la interpretación de los mismos y los efectos o consecuencias congruentes con esta actitud; así mismo afirma que la salud física está íntimamente ligada a la actitud mental y al tipo de emociones que predominan en la vida diaria. De igual manera explicó que toda actitud se compone de un sistema de creencias y asume, que al existir varios tipos de creencias, la diversa integración que se produzca entre ellas, dará lugar a un tipo de actitud específica.

Retomando las palabras de Cordón y haciendo una comparación de los datos obtenidos en esta investigación, se puede destacar la correlación existente entre tres de los reactivos referentes a las actitudes y creencias de salud (de cinco que fueron estudiados) y el uso del sector salud, lo cual sugiere que la mayor parte de la población muestra, tendió a buscar los servicios de salud, lo que deja por sentado que dicha actitud mental predominante tuvo que haber contribuido en la salud física de ésta y dado que la tendencia fue hacia la búsqueda de los servicios de salud, se puede suponer que contribuyó positivamente, es decir, para beneficiar el estado de salud. Además de esto, también el autor mencionó que cada actitud se compone de un sistema de creencias, que pueden ser de varios tipos, que al integrarse, generan un tipo específico. Esta opinión es de gran relevancia para los resultados de este trabajo, ya que de esta manera se pudieron reconocer en la población metropolitana diferentes actitudes en cada uno de los reactivos puestos en estudio tocantes a las creencias y actitudes de salud, que a su vez pudieron ser productos de diferentes sistemas de creencias, que en este trabajo se desconocen, pero que se intentó dar alguna explicación al respecto (dentro de la sección de la discusión que habla del uso del sector salud y que vincula a las creencias de salud con las prácticas religiosas y tradicionalistas) y que sin embargo, se hizo mención a lo largo de la discusión como actitudes y creencias de salud incongruentes con las conductas manifiestas por los usuarios de los servicios de salud que participaron en la investigación, que a fin de cuentas pueden no ser tan incongruentes como se ha dicho, si se las ve como resultado de

un cúmulo de creencias de naturaleza distinta en cada una de ellas, generando actitudes distintas en cada caso.

Capitulo 7. **CONCLUSIONES**

“Las preguntas siguen ahí, aunque las respuestas hayan fallado”.

- Octavio Paz -

Capítulo 7. **CONCLUSIONES**

La satisfacción que este trabajo nos deja es indescriptible, ya que es un orgullo para nosotras haber sido parte de este proyecto que consideramos de gran importancia. La contribución que hemos hecho en éste, es apenas una muestra de lo mucho que es necesario realizar en esta área de la Ciencia Psicológica encargada de la Salud y esperamos que sea de tal importancia, que permita abrirle un mayor espacio a esta área en sus diversos aspectos, pero sobretodo en la temática abordada en este trabajo: “Creencias y Actitudes en relación con el uso del sector salud”, la cual resulta de suma importancia para la psicología en general, que se ha ocupado de darle trascendencia a la subjetividad del ser humano y la Psicología de la Salud aún más, ya que como es de esperarse, es el mantenimiento y desarrollo de la salud, tanto como la prevención de la enfermedad, las cuestiones que se incluyen en ésta.

Tenemos la convicción de que aspectos tan subjetivos como lo son las creencias y actitudes deben ser tomados en cuenta de manera muy seria y profunda dentro de estudios y elaboración de programas concernientes al mantenimiento de la Salud, ya que todo aquel que se considere dentro del área de la prevención, tiene una contundente responsabilidad de informarse a fondo en estos temas y en todos aquellos hallazgos recientes que van estructurando más y mejor el entendimiento de dichos fenómenos; además de tener presente que la investigación científica siempre es el medio idóneo para poder acercarse con mayor certeza y objetividad a ésta área, para poder contribuir con éxito y eficacia a los problemas y dificultades que son propios del quehacer del servidor de la salud.

Desafortunadamente estamos concientes del alto costo que implica hacer investigación y que tiende a limitar sus horizontes (sobretudo cuando las necesidades son bastísimas, dada la diversidad de culturas que existen y que son la base de múltiples sistemas de creencias), pero visto de otra manera, sostenemos que la inversión en este tipo de estudios a largo plazo, dejaría ver verdaderos y reales resultados a programas de prevención de la enfermedad y se reduciría aquella información, que más que juzgarla de falsa, podríamos tomarla quizás, un tanto artificiosa, dado que muchos de nuestros encuestados dejaron entrever en sus respuestas posturas contradictorias, que si bien no atienden a las explicaciones hechas en nuestro trabajo en un intento de análisis y comprensión, tal vez pueda deberse a la carente importancia o falta de seriedad de estos ante la encuesta realizada, como suele suceder en algunos sectores de nuestro país.

El hecho de haber trabajado en cierta parte con algo intangible como lo son las creencias, matizadas de tintes diversos como lo son las ideologías, las religiones y supersticiones muy a la mexicana, donde las creencias toman un sin fin de significados y sentimientos muy arraigados, heredados o aprendidos, le da una relevancia y un peso especial a este trabajo. Lo afirmamos desde el momento en que tratamos de comprender en el paciente que acude a solicitar un servicio de salud, todo el proceso que tiene que llevar como parte de una terapia, donde el trabajo principal es con las creencias y con las actitudes, en conjunto con el mantenimiento de la salud o bien, a la par de las manifestaciones físicas presentes y dicha labor no puede estar escindida de los rasgos comunes a nuestra cultura, por el contrario, es ahí donde se desprenden y encuentran los significados más complejos y profundos.

En la Ciudad de México es impresionante observar las filas que se forman en los centros de asistencia gratuitos y en las instituciones de seguridad social, el tiempo que tienen que invertir para recibir una rápida mirada y hoja de prescripción. ¿Qué pudo llevar a una determinada persona a atenderse en dichos escenarios? Quizás el dolor y las molestias propias de alguna enfermedad o tal vez la creencia de que esta vez lo atenderían más rápido o mejor. O bien ¿Qué pudo llevar a otra persona que cuenta con este servicio a pagar una consulta particular?, estas son sólo dos de muchas interrogantes que podríamos hacernos para poder hallar respuestas concretas e ir conociendo más, esto que hemos mencionado tantas veces a lo largo del trabajo: el uso del sector salud. Por lo que se sugiere que en otras investigaciones se abarquen cualesquiera variables, que contribuyan a dar mayor información al respecto.

La salud física incluye un aspecto psicológico que debe ser analizado y tratado por los especialistas en la materia, es decir por PSICÓLOGOS, no con ello pretendemos minimizar el trabajo de los otros profesionales encargados de la salud, pero en cambio sí queremos destacar la importancia de nuestro trabajo en este campo. Si bien es cierto que hay Psicólogos en algunas instituciones, también es cierto que no se les toma en cuenta como debería para participar en la atención de la salud física, incluso a veces ni siquiera para atender la enfermedad mental; estas opiniones que acabamos de emitir, las basamos en la información recabada por la presente investigación, que nos resulta suficiente para afirmar que es desaprovechada nuestra labor en algunas esferas y restringida solo a algunas actividades, que por supuesto son propias de la psicología, pero que no abarcan todo nuestro campo de intervención, por lo que es común que se le otorgue poca relevancia a esta función, hecho que ocurre en múltiples terrenos donde se estudia y atiende a la salud. Sin embargo, el seguir trabajando en esta área de la salud desde la óptica psicológica, va a ser lo que nos permita abrir más y nuevos espacios con novedosas y cada vez mejores investigaciones que dejen ver la importancia de nuestra participación.

Una de las propuestas que nos interesa hacer a manera de invitación es la siguiente: Hemos descubierto en este instrumento (FS, FP) muchas cualidades que pueden propiciar que la Psicología de la Salud crezca y se consolide en el sistema de salud mexicano, sin embargo, los aspectos que se enfatizaron en este trabajo, creencias y actitudes son escasamente abordados por él, correspondientes a cinco reactivos de la escala. No obstante, creemos que éstos pueden proporcionar una mayor explicación del aspecto psicológico de la salud y la enfermedad, al retomar esta variable para seguir trabajando con ella en todas las formas posibles, agotando las relaciones y exprimiendo la información que arrojen las correlaciones con las demás variables. Las posibilidades son enormes. Por supuesto que dentro de nuestra propuesta se incluye que esta información sea retomada con un mayor peso y seriedad para la elaboración de programas de prevención de todo tipo de enfermedades, pero sobre todo e incluso más importante es para nosotras, el mantenimiento y desarrollo de la salud y la concientización de lo que esto significa.

Por último queremos agregar que este trabajo puede ser de especial utilidad y de enriquecimiento para aquella gente que esté envuelta en el campo de la prevención, incluso también para la población que se encuentren dentro de los complejos procesos de la enfermedad y que se interese por reconocer las creencias y actitudes que pueden verse relacionadas con la salud y las que por el contrario no lo están, así como la importancia que tiene la utilización de los servicios de salud dentro de los hábitos saludables.

Pensamos que este trabajo está al alcance de la comprensión de cualquier lector que se sienta interesado en el tema, por lo que puede abarcar al profesional de la salud, proveniente de diversas disciplinas o al lector que quiera indagar un poco acerca de sí mismo, en su comportamiento dirigido a su propia salud, a sus creencias y actitudes y/o a la relación que éstas guardan con sus visitas al doctor; no importando cual sea el interesado, lo importante radica en dejar por sentado un avance científico que deje abiertas muchas incógnitas y preguntas que serán claves para ir más allá de lo que este trabajo pudiera aportar, incluso también nos daríamos por satisfechas si algo nuevo pudiera llevarse el lector, que no conociera hasta el momento de poder leer y acceder a esta tesis.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. abc (2003) **Centro Medico ABC, historia.** Recuperado de:
<http://www.abchospit.com/>
2. Abrantes, R., Almeida, C. (2002) **Teoría Y Práctica De Las Reformas En Los Sistemas De Salud.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(4):971-989, jul-ago, 2002.
Recuperado de:
<http://bvs.insp.mx/componen/svirtual/investinsp/art29402.pdf>
3. Álvarez Álva, R. (1998). Salud Pública y Medicina Preventiva. Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.: México, D.F.
4. Álvarez, I. (2000) **Reglamentación Del Sector Salud En México.** Una publicación electrónica del Instituto de las Américas. Recuperado de:
<http://www.iamericas.org/spanish/publications/article.html?atypeid=3&aid=2>
5. Arredondo A. Meléndez V. (1992). **Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis.** Salud pública de México Vol. 34, 36.
6. Borges - Yañez S., Y Gómez - Dantés H. (1998). **Uso de los servicios de salud por los ancianos.** Salud pública de México Vol.40, no.1.
7. Braceras, D. (2003). **Rol Del Psicólogo En La Medicina Globalizada: Una careta humanitaria para la intermediación.**
Recuperado de: <http://cancerteam.tripod.com/brac038.html>

8. Bronfman, M. (1997). **Del "Cuánto" al "Por Qué": La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios.** Salud Pública de México 39:442-450.
9. Bueno G. (2002). **El concepto de creencia y la idea de creencia.**
Recuperado de <http://www.nodulo.org/ec/>
10. Carrada Bravo, T. (2001). **La cultura en los sistemas de salud ¿por qué estudiarla?** Revista Medica IMSS 2002: 40 (3) 203-211
11. Colomer - Revuelta, C. Y Álvarez – Dardet Díaz, C. (2001). **Promoción de la Salud y Cambio Social.** Editorial Masson, S. A.: Barcelona, España.
12. Conadic, (2003). **Componentes de salud mental.**
Recuperado de: http://www.salud.gob.mx/Conadic/pasm_cap2pdf
13. Cordón Estévez, S. J. (2003). **¿Depende la salud física de la salud emocional?**
Recuperado de: <http://www.psicolatino.com>
14. Durán - González I. I, Hdz.- Rincón M, Y Becerra-Aponte, J. (1995). **La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud.** Salud Pública de México. Vol. 37, no. 5 Pp. 462-471
15. Gaceta de Salud, (2003) **Tres Grupos de Prestadores de Servicios.**
Recuperado de:
http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/gaceta/gaceta_010702/hoja7.html
16. García-Silberman, S. (2002) **Un modelo explicativo de la conducta hacia la enfermedad mental.** Salud Publica de México; 44:289-296. Recuperado de: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

17. Haro, J. (2003) **La Nueva Salud Publica Y La Salud Publica Del Futuro.**
Coloquio del Programa de Salud y Sociedad. Jueves 20 de marzo, 2003.
Portales educativos.
Recuperado de: <http://www.colson.edu.mx/portales/docs/coloquio.pdf>
18. Hernández, A. (2000). **La actitud en la práctica deportiva: concepto.**
Departamento de Psicología Social y de la Personalidad. Universidad de
Málaga. Revista digital. Buenos Aires, Año 5 - Nº 18 - Febrero 2000
Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/>
19. hespanol, (2003) **El Hospital Español. Antecedentes Históricos.**
Recuperado de: http://www.hespanol.com/html/directores_medicos.html
20. HGM, (2003) **Antecedentes Históricos del Hospital General de México.**
Recuperado de <http://www.hgm.salud.gob.mx/>
21. IMSS (2003). **Historia del Instituto Mexicano del Seguro Social.**
Recuperado de <http://www.imss.gob.mx/IMSS/estoesimss/esbhistorico.htm>
22. ISSSTE (1998) **Anuario Estadístico 1998.** Subdirección General de Finanzas.
Recuperado de <http://www.issste.gob.mx/1>
23. ISSSTE (2002). **Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
trabajadores del Estado.** Recuperado de <http://www.issste.org.mx>
24. ISSSTE (2003). **La Federación de Sindicatos de trabajadores al servicio
del Estado.**
Recuperado de:
<http://www.sindicatosenado.org.mx/documentos/hisfstse.htm>

25. López Antuñano F. J. (1993). **Evolución de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud.** Salud pública de México. Septiembre-octubre, Vol.35, no.5
26. Medicks, (2003) **Historia del Hospital Ángeles Metropolitano.**
Recuperado de: <http://www.mediks.com/metropolitano/historia.php>
27. Mejias, F. (2002) **¿Las Enfermedades, son un Castigo de Dios? Reflexiones personales.** Extracto de la Revista Vida Nueva. No. 36 Vol. I Páginas 2-3
28. Millacura, Salas C. (2000). **La actitud y la reflexividad sociolingüística.**
Recuperado de <http://www.mineduc.cl/basica/bilingue/documento/doc>
29. Oblitas, L. A.; Becoña, E. (2000). **Psicología de la Salud.** Plaza y Valdés: México.
30. PEMEX_salud. (2000) **El Servicio Medico de PEMEX.**
Recuperado de:
http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_PEMEX_Salud
31. Pérez, Lovelle R. (2002). **La Psicología de la Salud en Cuba.** Universidad Médica de Moscú e Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana, Cuba. Recuperado de <http://www.psicologiacientífica.com>
32. Programa de atención mental (2002). **Programa específico de psicopatología.**
Recuperado de: <http://www.secretariadesalud.org.mx>

33. Ramírez, E. M. Marisela, Cortés, E. B., Vaquero, J. E., Y Arriaga, Yasmín (2003). **Evaluación de requerimientos de salud en población mexicana**. Psicología y Ciencia Social. En prensa.
34. Restrepo Helena, E. Y Hernán Málaga (2001). **Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable**. Editorial Médica Panamericana: Bogotá, D.C. Colombia.
35. Rodríguez, B. S. (1985) **Exvotos de Andalucía. Perspectivas antropológicas**. Gaceta de Antropología Texto 04- Universidad de Sevilla. Publicado en: Rodríguez Marín, J, (2002). **Psicología de la Salud y Psicología Clínica**. Revista: Papeles del psicólogo: revista del colegio oficial de psicólogos. Publicación Trimestral no. 41. Madrid, España.
Recuperado de <http://www.cop.es/perfiles/contenido/clinica>
36. Salubridad, Antecedentes. (2000) **El Sistema De Salud Mexicano, Una Historia De Casi 60 Años**.
Recuperado de <http://salud.edomexico.gob.mx/html /antecedentes/antecedente.doc>
37. Sánchez - González, M. (1998). **El concepto de Salud: Análisis de sus contextos, sus presupuestos y sus ideales**. Cuadernos del Programa Regional de Bioética N. º 7 – Diciembre.
Recuperado de: <http://165.158.1.110/spanish/hdp/PRB/prb-c7.htm>
38. Sasson, I. Y. (1999) **El alma y los Síndromes Patológicos Actuales. Los signos y síntomas del espanto (susto) en Mesoamérica**. Instituto Mexicano de medicinas tradicionales tlahuilli a.c.
Recuperado de: <http://www.tlahui.com/alma2.htm>

39. SEDENA (2003) **Seguridad Social en el Ejercito y Fuerza Aérea Mexicana.**
Recuperado de: <http://www.sedena.gob.mx/ejto/historia/bre1297.html>
40. Soberón - Acevedo G. (1992). **Evolution and revolution in health.** Salud Pública de México. Vol. 34:69-73.
41. Soberón - Acevedo G, Y Martínez-Narváez G. (1996). **La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta.** Salud pública de México; Vol. 38:371-378.
42. Soberón, G. Simposio (2001) **La Reforma de Salud en México.** Gaceta Médica de México. Vol. 137, No. 5. Septiembre - Octubre 2001.
Recuperado de
<http://www.funsalud.org.mx/quehacer/publicaciones/simrefsalud/simrefsalud.htm>
43. Vega Franco, L. (2000). **La Salud en el Contexto de la Nueva Salud Pública.** Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V: UNAM. Facultad de Medicina.: México.
44. Vega-Franco, L. (2002). **Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. Reseña histórica.** Salud Pública de México; 44:258-265.
Recuperado de <http://www.insp.mx/salud/index.html>
45. Zárata Guerrero, G. (2003). **La práctica psicológica en los hospitales del IMSS del estado de Jalisco y su inclusión en el Sector de la Salud Mental.** En: Centro Comunitario de Salud Mental # 1 (IMSS).

ANEXOS

Nada Un poco Regular Bastante Mucho
 1 2 3 4 5

18.	¿El año pasado, qué tanto estrés o tensión tuvo?	1	2	3	4	5
-----	--	---	---	---	---	---

EG

En las siguientes afirmaciones, marque el número que mejor lo describe cuando está bajo **estrés o tensión**.

Me describe

muy mal Un poco Regular Bastante muy bien

1 2 3 4 5

19..	Acepto mis sentimientos	1	2	3	4	5
20.	Mantengo la calma	1	2	3	4	5
21.	Procuro controlar la situación	1	2	3	4	5
22.	Trato de conocer mejor la situación	1	2	3	4	5
23.	Trato de sentirme mejor	1	2	3	4	5
24.	Trato de solucionar mis problemas	1	2	3	4	5

HA

Las siguientes 13 preguntas se refieren a sus relaciones **durante el año pasado** con amigos y familiares cercanos **que sean adultos**

Ninguno Un poco Regular Bastante Mucho

1 2 3 4 5

25.	El año pasado ¿Cuánta ayuda, guía o información recibió de sus amigos y familiares más cercanos?	1	2	3	4	5
26.	¿Cuánta ayuda, guía o información espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

Nada satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
 1 2 3 4 5

27.	¿Qué tan satisfecho estuvo con la ayuda, guía o información que recibió?	1	2	3	4	5
-----	--	---	---	---	---	---

--

Ninguno Un poco Regular Bastante Mucho

1 2 3 4 5

28.	El año pasado ¿Qué tanto apoyo emocional recibió de sus familiares y amigos más cercanos?	1	2	3	4	5
29.	¿Qué tanto apoyo emocional espera recibir en el futuro?	1	2	3	4	5

AO AI AT

Nada satisfecho Un poco Regular Bastante Muy satisfecho
 1 2 3 4 5

30.	¿Qué tan satisfecho estuvo con el apoyo emocional recibido?	1	2	3	4	5
-----	---	---	---	---	---	---

--

		Muy poco	Un poco	Regular	Bastante	Muy a menudo				
		1	2	3	4	5		AO	AI	AT
31.	El año pasado ¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos hicieron o le dieron cosas que usted necesitaba?	1	2	3	4	5				
32.	¿Qué tan probable es que ellos hagan o le den cosas en el futuro?	1	2	3	4	5				

	Nada satisfecho	Un poco	Regular	Bastante	Muy satisfecho				
	1	2	3	4	5				
33.	¿Qué tan satisfecho estuvo con las cosas que hicieron o le dieron?	1	2	3	4	5			

TS = =

Cuando responda las siguientes preguntas, piense en amigos y familiares cercanos **adultos y solo considere el año pasado.**

		Muy poco	Un poco	Regular	Bastante	Muy a menudo	
		1	2	3	4	5	
34.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos estuvieron impacientes o enojados con usted?	1	2	3	4	5	IN
35.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos fueron poco considerados e insensibles con usted?	1	2	3	4	5	
36.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos le llamaron la atención por su forma de ser?	1	2	3	4	5	
37.	¿Qué tan a menudo sus familiares y amigos cercanos se burlaron, hicieron chismes o lo rechazaron?	1	2	3	4	5	

Responda las siguientes preguntas en términos de cómo se ha sentido en las **últimas dos semanas**

		Muy poco	Un poco	Regular	Bastante	Mucho						
		1	2	3	4	5						
38.	¿Ha perdido interés en las cosas?	1	2	3	4	5	CA					
39.	¿Piensa mucho en sus fallas?	1	2	3	4	5		CU				
40.	¿Qué tan a menudo ha tenido problemas con la memoria?	1	2	3	4	5						LM
41.	¿Qué tan a menudo se ha sentido preocupado?	1	2	3	4	5						EE
42.	¿Qué tan cerca ha estado de sus ideales?	1	2	3	4	5						QS
43.	¿Qué tan difícil le ha sido concentrarse en sus cosas?	1	2	3	4	5						DC
44.	¿Qué tan fatigado se ha sentido?	1	2	3	4	5						SV
45.	¿Qué tan satisfecho se ha sentido con su vida?	1	2	3	4	5						
46.	¿Qué tan seguido ha sentido un nudo en el estómago?	1	2	3	4	5						
47.	¿Qué tan seguido ha tenido "miedo de lo	1	2	3	4	5						

	peor”?					
48.	¿Qué tan seguido se ha sentido nervioso o con dudas?	1	2	3	4	5
49.	¿Se ha sentido cansado?	1	2	3	4	5
50.	¿Se ha sentido criticado?	1	2	3	4	5
51.	¿Se ha sentido culpable cuando algo le sale mal?	1	2	3	4	5
52.	¿Se ha sentido deprimido?	1	2	3	4	5
53.	¿Se ha sentido mareado o con vértigos?	1	2	3	4	5
54.	¿Se reprocha a menudo cuando algo sale mal?	1	2	3	4	5
55.	¿Su ánimo ha sido feliz y positivo?	1	2	3	4	5
56.	¿Se ha sentido insatisfecho con su vida?	1	2	3	4	5
57.	¿Se ha sentido activo?	1	2	3	4	5
58.	¿Fácilmente aleja los miedos de su mente?	1	2	3	4	5

TT = =

De nuevo le agradecemos su interés y cooperación