



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**“PSICOLOGÍA SOCIAL DE LA SALUD : EI
DESEMPEÑO PROFESIONAL DEL PSICÓLOGO
DENTRO DE UNA INSTITUCIÓN DE SALUD”**

**REPORTE DE TRABAJO PROFESIONAL QUE
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
PSICOLOGÍA PRESENTA:**

ULISES DE LA CAMPA AGUIRRE

ASESORES:

MAESTRA.: LETICIA HERNÁNDEZ VALDERRAMA

MAESTRA.: LAURA PALOMINO GARIBAY

LICENCIADA.: MARÍA LUISA HERNÁNDEZ LIRA

TLALNEPANTLA ESTADO DE MÉXICO

2004





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo está dedicado a tí, esa gran personita que has venido a iluminar mi vida entera: **Rebeca De La Campa Mejía**

Agradezco el apoyo, el amor y el entusiasmo con que me haz ayudado para concluir mi trabajo, mi esposa: **Norma Mejía Morales**

También agradezco el amor y apoyo incondicional que me ofrecieron y que sé que siempre tendré de ustedes, mis padres: **María Isabel Aguirre Cruz**

Julio De La Campa Escamilla

Agradezco los consejos, ese apoyo incondicional y las enseñanzas que me han brindado, mis hermanos: **Loatany De La Campa Aguirre**

Erik De La Campa Aguirre

Irving De La Campa Aguirre

Agradezco la enorme paciencia y credibilidad que me tuviste, además de la guía con que me haz ayudado a concluir una parte de mi vida, mi tutora:

Leticia Hernández Valderrama

Agradezco en última instancia y no por ello menos importante a algunas personas que han sido elementos importantes en mi formación como persona y para la concreción de este trabajo: **Damaris De La Campa Días**

Rubén Martínez Juárez

Israel Monrroy Salazar

Ricardo Mejía Morales

¡A todos muchas gracias!

INDICE

Tema	Pág.
Resumen	1
Introducción	2
Capítulo 1 La salud	7
1. Definición de salud	7
1.1 El proceso de salud enfermedad	11
1.2 Calidad de vida y bienestar social	17
1.3 – Salud materno-infantil	26
1.4 La hospitalización y sus efectos psicológicos	38
1.5 La salud mental	43
1.6 Cuatro perspectivas de salud mental	47
1.6.1 Como ausencia de malestar	48
1.6.2 Como bienestar físico y emocional	49
1.6.3 Como calidad de vida	49
1.6.4 Como presencia de atributos individuales positivos	50

Índice

Tema	Pág.
Capítulo 2 Psicología y salud	52
2 La psicología social y la salud: campos y aplicaciones	52
2.1 La psicología en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad	62
2.2 Conductas de enfermedad	66
2.3 La educación para la salud	71
2.4 Repercusiones psicológicas del enfermar	75
2.5 El dolor psicológico	78
2.6 Estrés como causa del enfermar	81
Capítulo 3 La terapia en psicología clínica	87
3 Hospital General de Valle Ceylan en Tlalnepantla	87
3.1 La clínica del adolescente	89
3.2 Ginecología y obstetricia	99
Conclusiones	123
Propuesta	130
Bibliohemerografía	135

RESUMEN

El presente trabajo expone cómo el aumento y la prevalencia de cierto tipo de enfermedades y la falta de resultados del modelo de salud actual, han llevado al desarrollo de nuevas áreas en psicología, dedicadas al estudio de la enfermedad en relación con el estilo de vida de las personas e interesándose en promocionar la salud y prevenir un amplio rango de enfermedades y conductas de riesgo, además de intervenir en la capacitación del personal médico y de enfermería para proporcionar a la población un servicio integral y cordial. Ésta área es la psicología social de la salud.

También se analiza por qué se va restando importancia a las necesidades vitales, adoptando hábitos y conductas temerarias que ponen en riesgo la salud y la vida misma y encontrando que éste proceso de cambio se ha acentuado por que generaciones enteras heredan esta forma de vida. Así, una actitud preventiva en la etapa materno infantil resulta necesaria para que las generaciones subsecuentes aprendan y gocen de una buena salud mental y una calidad de vida adecuada.

Éstas actividades se pusieron en práctica mediante la incursión del apoyo psicólogo en el Hospital General de Tlalnepantla, en dos áreas: 1.- Ginecología y obstetricia mediante acompañamiento hospitalario en donde se entrevistó principalmente a la población adolescente con el fin de conocer las condiciones psicológicas en que se embarazaron y las perspectivas que tenían para darles un panorama informativo de la díada madre-hijo, métodos anticonceptivos, relación de pareja y proyecto de vida entre otros y 2.- La clínica del adolescente en donde se proporciona el servicio médico en coordinación con el servicio psicológico.

Así, se concluye que es necesario ampliar el modelo actual de medicina para que otras ciencias como la psicología tengan un papel real, adecuando tal modelo de forma integral a las características de cada región del país y educando al paciente para hacerse responsable de su propia salud asistiendo de forma preventiva a tales servicios y proponiendo atención prioritaria a la población adolescente y evitar en lo posible las deserciones escolares, los embarazos no deseados, la drogadicción, la violencia sexual e intrafamiliar, etc., tal como los casos descritos y analizados en el presente trabajo.

INTRODUCCIÓN

Según la definición y a lo que todo ser humano debe aspirar, la salud es el bienestar en sus tres dimensiones: biológica, psicológica y social.

En lo biológico tenemos los reportes y las estadísticas hechas por la Presidencia de la República (Salud, 1990) y la Secretaría de Salud (1997-2000) en que se mencionan los esfuerzos científicos, las inversiones económicas y las campañas de prevención y erradicación de enfermedades en donde siempre se hace énfasis para que se asista al servicio médico.

En lo social encontramos a sociólogos, trabajadores sociales, educadores, etc., realizando su labor de manera que las condiciones de existencia y desenvolvimiento de las sociedades humanas sean compatibles y funcionales.

Lo psicológico se ha dejado a criterio de cada persona como algo opcional, o a criterio del médico. De aquí que el paciente llegue con el psicólogo cuando su problemática ya está avanzada o es severa, o llegue angustiado y preocupado por que el médico lo etiquetó precipitadamente.

Póstigo (1994), Barón (1996) y Alvaro, J. L., Garrido, A. y Torregrosa, J. R. (1998) plantean que cada día, más personas requieren de la ayuda de un psicólogo debido a que sólo las intervenciones de este profesional satisfacen la necesidad del paciente de comprender las diferencias individuales en un contexto social; sólo el psicólogo puede llevarlo a una comprensión activa y vigorizante de su realidad y darle una visión objetiva de sus propias potencialidades y limitaciones. Y es que el rápido avance de la ciencia ha

llevado a la humanidad a modificar su estilo de vida para adaptarse lo mejor posible a su entorno teniendo como resultado, altos niveles de estrés y diversas enfermedades psicosomáticas; de esta manera, la calidad de vida se ve afectada.

Por otro lado, San Martín (1992) menciona que existe una confusión de las necesidades básicas por la posesión de ciertos objetos materiales e ingesta de algunos productos comestibles que en nada benefician la salud, de tal manera que si la calidad de vida es precaria y el status económico de la población es insuficiente, el bienestar social se ve afectado, incidiendo directamente en la salud de la población, hecho que es menos frecuente en el sector de amplios recursos económicos (Videla,1991).

De aquí la importancia de educar a la población desde temprana edad, incluso desde el momento del embarazo (Sánchez, 1994 y Jiménez, 1998) para que al nacer las nuevas generaciones, tengan bases sólidas en relación con la manera en que cubren sus necesidades principales para mantener en óptimas condiciones su salud, evitando así enfermar e incluso ser hospitalizados. Un estilo de vida en donde la calidad es precaria puede llevar a un desajuste emocional que afecte la salud mental

Ahora, la psicología social de la salud aplica los conocimientos y técnicas de las diferentes áreas de la psicología (principalmente la clínica y la social) a la comprensión de los problemas de intervención en ese marco y su aportación es el análisis de las posibles interacciones implicadas en el proceso del mantenimiento de la salud y la enfermedad y el estudio de la conducta de salud/enfermedad en interacción con otras personas o con productos de la conducta humana.

Para éste propósito, hace uso de diversas técnicas entre las cuales, las principales son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Buela-Casal, 1997) estableciendo en primera instancia, cuáles son las conductas de enfermedad, o dicho de otra manera, los factores por los que los individuos adoptan hábitos y conductas de riesgo. Una vez conocidos los mecanismos por los que los individuos deciden comportarse de determinada manera, se inicia el proceso de educación para la salud (Álvarez, 1995) de manera individual y colectiva. Ésta labor de prevención mediante la educación para la salud, lleva como objetivo evitar, además de la enfermedad física, la repercusión psicológica de enfermar (Llor, B., Abad, M.A., García, M. y Nieto, J. 1998) ya que según Fernández (1989), también existe el dolor psicológico (entendemos a éste como todos aquellos desajustes emocionales que afectan el estilo de vida llevándonos incluso a la demencia o al suicidio), dentro del cuál, los mecanismos de resistencia se hacen más fuertes y sólo ciertos sectores de la población atienden éstas dolencias. Hecho paralelo a esto, es el estrés que cotidianamente se vive y que incluso es uno de los principales activadores de un gran número de enfermedades psicosomáticas y crónicas (Gallar, 1998).

Dentro del Hospital General de Tlalnepantla, existió la oportunidad de observar estos fenómenos descritos por los distintos autores y la manera en que los individuos van formando sus estilos de vida, adquiriendo malos hábitos de salud y desarrollando síntomas derivados de su forma de vida. La intervención psicológica fue solicitada por personal del hospital para intervenir en dos áreas que son la clínica del adolescente y gineco-obstetricia. La clínica del adolescente es un espacio creado para la atención integral de éste mismo mediante el servicio médico y el psicológico, sin embargo, éste último servicio no estaba cubierto por falta de personal, lo que me dió la oportunidad de

poner en práctica los conocimientos adquiridos durante mi formación y haciendo evidente a los consultantes la manera en que su conducta y sus problemas físicos se conjuntaban generando cambios positivos en muchos de ellos. Dentro del área de gineco-obstetricia, realicé acompañamiento hospitalario con las internas, entrevistándolas de forma individual y con el fin de reforzar la relación diádica madre-hijo; dicho acompañamiento fue solicitado por que el personal de ésta área lo detectó necesario. Tales entrevistas duraban generalmente 30 minutos y se llevaron siempre bajo el consentimiento de ellas mismas. Paralelamente describo ciertos aspectos que me parecieron preocupantes como es el la frecuencia del embarazo adolescente, la falta de conocimiento de anticonceptivos, la frecuencia de madres solteras, casos de violación por parte de los propios padres y la escolaridad inconclusa o nula, además de la ligereza con que muchas de ellas se mueven ante la vida al embarazarse sin tener el más mínimo recurso, ni económico ni de preparación para hacer frente a la responsabilidad que implica el tener un hijo. Estas situaciones reflejan, en gran medida la realidad de una parte de la sociedad.

Finalmente se concluye que para que la psicología social de la salud tenga mayor campo de acción en el área de la salud y refleje resultados positivos, es necesario hacer cambios curriculares en la licenciatura de psicología para integrarla como materia.

También se hace necesario un modelo médico integral que permita la incursión de más profesionales de la salud y no como una opción del médico sino como un apoyo real, adecuando éste servicio integral a las característica de cada población y extendiéndolo a las poblaciones más desprotegidas.

Así, propongo realizar campañas efectivas y constantes de sexualidad y adolescencia para prevenir el embarazo adolescente y no deseado, así como las consecuencias de ellos, haciendo énfasis en la responsabilidad, preparación y amor que la concepción, la etapa de maternidad y presencia física de un bebé debe de merecer para que el desarrollo de la madre y de su hijo sean óptimos. Pareja y familia para informar y prevenir la violencia intrafamiliar, la delincuencia y la drogadicción. Por último, conductas alimentarias y ecología con el fin de hacer conciencia de que la salud depende en gran medida de nuestras conductas alimentarias y del cuidado y conservación del medio ambiente.

LA SALUD

“Una de las más grandes y difíciles aspiraciones del ser humano en las sociedades de consumo”

Ulises

1. Definición de la salud

Para tener un panorama claro de lo que es la salud, Martínez (1994), explica de manera breve pero concisa lo referente a la historia de la OMS, que es de donde surge el concepto de salud.

Al finalizar la segunda guerra mundial, el mundo inició un esfuerzo por reorganizar sus sistemas de producción y desarrollo, surge así en 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS), institución creada con el concurso de la mayoría de los países de la tierra con el propósito de promover y coordinar las acciones dirigidas a conservar la salud, combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico, mental y social de sus habitantes.

Con el fin de lograr estos propósitos la OMS colabora con el gobierno de los países miembros en el desarrollo y perfeccionamiento de los servicios nacionales y locales de salud, fomenta la investigación y el desarrollo de tecnologías y coordina las actividades que llevan a cabo en relación con problemas comunes de salud pública.

Los estudios y experiencias de la OMS a lo largo de medio siglo (1946 a la fecha) han dado las pautas para la implementación de los programas sanitarios más importantes que se aplican hoy en día. La particularidad de las normas y líneas de acción que propone es que son aceptadas universalmente, adaptándose a las características y recursos de cada nación (como el programa de inmunización: las vacunas, las dosis, las vías de aplicación y los intervalos de aplicación son similares entre países). La OMS no sólo propone programas de acciones concretas sino también sustentos teóricos y metodológicos emanados de las vivencias de sus expertos para la organización y operación de los sistemas de salud.

En 1946, a raíz de su fundación, la OMS define a la salud como: El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez (Martínez; 1994 p. 11).

Esta definición, al pasar de los años sigue siendo aceptada, sin embargo, ha sido criticada por diversos autores quienes consideran más apropiado manejar el concepto de proceso salud-enfermedad que identifica a la salud y la enfermedad como polos opuestos de un proceso en constante movimiento determinado por las condiciones de la población. Uno de éstos críticos es el epidemiólogo Milton Terris (mencionado por Martínez, 1994) quien señala que la

salud tiene dos aspectos, uno objetivo y otro subjetivo; el aspecto objetivo es la capacidad de funcionar; el aspecto subjetivo es sentirse bien. De la definición de la OMS, habría que quitar la palabra completo ya que la salud no es un absoluto, hay distintos grados de salud. El término enfermedad debería substituirse por el término malestar ya que es posible que la salud (sentirse bien) y la enfermedad coexistan. Por tanto, es necesario definir la salud tanto en términos funcionales como subjetivos.

Una inversión modificada de la definición de la OMS propuesta por Terris, sería así: Salud es un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente de ausencia de malestar o dolencia (Martínez; 1994 p. 12).

A este mismo respecto, Mendoza (1993; p. 21), otro crítico de tal definición menciona lo siguiente: Tener salud, no es simplemente ausencia de enfermedad, es poseer equilibrio en nuestras funciones físicas, psíquicas y metabólicas; es un estado en que las personas emplean todos sus recursos intelectuales, emocionales y físicos para mantener sus funciones vitales en perfecta armonía".

Ya durante la década de los 60s, se le cuestiona a la OMS por tal definición y aparece el concepto salud-enfermedad como proceso dinámico conformado por dos polos opuestos en constante movimiento por la interrelación de los elementos de la triada ecológica.

También la conferencia internacional sobre atención primaria a la salud ha hecho críticas al concepto de la OMS y ha señalado que la salud: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones

o enfermedades; es un derecho fundamental y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social importantísimo en todo el mundo" (Presidencia de la República: salud, 1990; p. 19).

Dados los objetivos de éste reporte de trabajo, no emplearé solamente el concepto de salud física al que tradicionalmente se hace referencia en la definición de la OMS; me referiré en sentido amplio, como el estado integral al que todos aspiramos el cual incluye sentirse bien, tanto consigo mismo como en las relaciones y papeles que desempeñamos en nuestras relaciones con los demás y en el medio ambiente que nos rodea, con lo cuál se estará de acuerdo con la necesidad de incorporar dentro de las ciencias de la salud, el componente social y psicológico, tomando en cuenta siempre, los componentes objetivos y subjetivos mencionados por Milton Terris. Ante éstas características, emplearemos el concepto de éste mismo autor que ya mencionamos anteriormente: Salud es un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento y no únicamente ausencia de malestar o dolencia" (Martínez,.1994; p. 12)

Ahora, para hacer un breve panorama de la historia de la salud y del proceso de la salud-enfermedad, Pastor (1989) expone la teoría de la salud-enfermedad en las sociedades humanas.

1.1. El proceso de salud - enfermedad

El estudio científico de la salud y la enfermedad exige la consideración de la sociedad como una estructura sistemática apoyada substantivamente en el hombre y la consideración del hombre como inserto en el tejido social (relaciones sociales de producción, inserción socioprofesional, relaciones culturales, etc.). Esta visión es la que da origen a la teoría social de la salud-enfermedad en las sociedades humanas. La hipótesis central de ésta teoría es que la salud fue, en el hombre, un fenómeno puramente ecológico antes del período neolítico, es decir, antes de que el homo sapiens se transformara en homo sapiens sapiens, productor de sus medios de subsistencia. Posteriormente, el desarrollo de la producción y de sociedades humanas basadas en relaciones de producción desiguales, al interior de cada sociedad y entre las sociedades, creó los fundamentos sociales, económicos, culturales y epidemiológicos para la implantación de una morbilidad permanente y progresiva y de la consecuente mortalidad prematura que existe actualmente en la humanidad.

La influencia que ha ejercido la medicina en los últimos siglos sobre la mentalidad de las poblaciones humanas ha sido, en este sentido, negativa por que ha orientado a todas las acciones hacia el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad en el individuo aislado, impidiendo el desarrollo de la epidemiología y de la salud pública que, aún hoy día, no se enseña en la mayoría de las escuelas de medicina del mundo. El desarrollo rápido del capitalismo moderno con su filosofía individualista y de competición económica-social, ha influido y continúa influyendo en la mentalidad de las gentes y en la profesión médica y de la investigación medico biológica para hacer primar una concepción simplista y biologisante de los fenómenos de salud-enfermedad.

Esto ha conducido a que las escuelas de formación de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, asistentes sociales, sanitaristas, etc.) continúen orientadas hacia lo clínico-individual, descuidando el contexto colectivo del problema, y profesionalmente hacia prácticas empíricas altamente tecnicistas, excluyendo el análisis científico de estos fenómenos y la concepción unitaria del hombre como ser físico, psíquico y social.

Resultado de esta concepción, estrechamente ligada al desarrollo del capitalismo y de la industrialización, sucede el apogeo de la medicina tecnológica, especializada no en el estudio del hombre, sino en los órganos del organismo humano-social sin ninguna preocupación por la epidemiología de estos procesos ni por el contexto social económico, cultural y psicosocial en el que se producen.

Este tipo de medicina ha servido perfectamente a los intereses de la medicina de mercado, a los intereses de las industrias que funcionan alrededor de la enfermedad (industrias farmacéuticas, de equipamientos médicos, análisis biológicos, construcción de hospitales, etc.), al desarrollo de la investigación médica y biológica centrada en la clínica del caso y no, por cierto, al desarrollo del conocimiento de lo que sucede en la población total; es decir, se comenzó a ver a la salud como un producto más de oferta y demanda. Se pensó que tratando bien la enfermedad individual se reduciría la morbilidad en la población y se obtendría la salud. Ni lo uno ni lo otro: lo que realmente puede obtenerse es curar enfermos y evitar aquellas muertes evitables; pero los determinantes de la morbilidad no se tocan por que no se les desea tocar. Tenemos los daños a la salud que provoca la utilización de productos comerciales como algunos combustibles, solventes, jabones, productos no reciclables que requieren gran

cantidad de tiempo para biodegradarse y que por ser de gran demanda, no se le toma la importancia necesaria a las consecuencias de éstos en la salud; otro ejemplo es el deterioro en la salud que ocasiona el uso del tabaco y el alcohol y que sin embargo, su uso está legalmente permitido, etc. Con éste antecedente, lo menos que se podría hacer son campañas eficientes de información sobre los daños que éstos ocasionan ya que es notorio que los existentes no han sido suficientes, de hecho, los anuncios promocionales del cigarro y el alcohol han aumentado y en ellos son casi nulas –o inservibles- las alusiones a que “el fumar causa cáncer”.

La epidemiología demuestra que la morbilidad en las sociedades humanas ha aumentado paralelamente al desarrollo de estas sociedades, en cantidad, en frecuencia y en diversidad, con relación al aumento de los riesgos sociales y biológicos por la actividad creciente del hombre. Al mismo tiempo, la mortalidad ha descendido y la vida media se ha prolongado; todo esto ha sucedido con ciertas diferencias, tanto en países desarrollados como en los menos desarrollados. El descenso de la mortalidad se ha producido por la elevación del nivel de vida, por el descenso de la mortalidad infantil, por la acción de la medicina curativa, en el cual, la medicina es la menos influyente precisamente por que sólo se preocupa de daños ya producidos y no de las causas reales de esos daños que son las determinantes sociales.

Por tanto, la medicina ha adquirido una connotación mercantilista; pero lo que éste autor señala (Pastor, 1989) es que, lo que pasa en el individuo es consecuencia de una situación social o comunal colectiva. Por tanto, no sólo se trata de curar enfermos, sino también de eliminar y evitar riesgos colectivos y de proteger y fomentar la salud a través de intervenciones colectivas.

De ésta manera, el proceso salud-enfermedad tiene dos determinantes históricas fundamentales, según la Presidencia de la República (Salud, 1994): el dominio que la sociedad haya alcanzado sobre la naturaleza y el tipo de relaciones sociales que se establezcan entre sus miembros. Durante la mayor parte de la existencia de la especie, ésta se encontraba totalmente sujeta a las vicisitudes de la naturaleza; llegar a la edad adulta, era poco frecuente pues una buena parte de la población sucumbía en la infancia y los adultos se exponían a grandes riesgos durante la búsqueda de alimentos y otros bienes de subsistencia. Ahora bien, los logros resultantes de la capacidad productiva de la sociedad se han distribuido -desde hace miles de años- en forma desigual y por tanto, sólo han beneficiado la salud de algunos sectores, así, donde las intervenciones médicas individuales se dirigen a una patogénesis específica, las acciones sociales y ambientales tienen poco impacto generalizado; por ejemplo, si una comunidad dispone de agua potable y educación para la salud, dicha población estará protegida de tifoidea y paratifoidea, poliomielitis, hepatitis, amibiasis, etc. Si la alimentación es suficiente y balanceada se previenen las enfermedades por carencia de vitaminas y macroelementos: pelagra, escorbuto, raquitismo, anemia, etc., además de que se reduce la mortalidad por tuberculosis, sarampión, diarrea infecciosa, etc., ya que la desnutrición disminuye la resistencia a las infecciones y las infecciones de todo tipo afectan el estado nutricional. En una población desnutrida se encuentran elevadas tasas de morbilidad y mortalidad a causa del sinergismo de la desnutrición y la infección ya que cada una exacerba a la otra.

Por otro lado, la tecnología médica muy compleja impone una pesada carga a los recursos financieros para los servicios de salud, incluso en las transnacionales más desarrolladas. El acceso a estas técnicas complejas está

constreñido a una porción limitada de la población y existe una preocupación creciente sobre las implicaciones que a largo plazo pueden tener los costos de dichas técnicas. Como ejemplo de esto, está la secuencia de la introducción de la tecnología y prácticas médicas nuevas:

- 1- Expansión multinacional: las grandes corporaciones transnacionales producen y comercializan de forma constante y vigorosa esta nueva tecnología;
- 2- Promoción de ventas: los profesionales de la salud y los hospitales son inducidos a demandar la nueva tecnología;
- 3- Adicionalmente, la expectativa y solicitud públicas son fomentadas tanto por intereses comerciales como gremiales a través de grupos de presión locales;
- 4- El gobierno ante la presión gremial y de la opinión pública cede;
- 5- Eventualmente el estado suscribe la nueva tecnología y las ganancias se remiten a las corporaciones transnacionales.

Esto es, que el proceso salud-enfermedad desde el punto de vista social, se determina por las condiciones materiales de vida, las que a su vez dependen del grado de dominio humano sobre la naturaleza y del grado de igualdad en la distribución de los beneficios que de ello deriven y dado que las condiciones materiales de vida y los factores educativos y culturales están desigualmente distribuidos entre la población, los cambios favorables en los niveles de salud-enfermedad son diferentes entre los grupos de ésta.

Un simple y claro ejemplo actual que muestra que el proceso de salud-enfermedad está determinado por las condiciones materiales y el proceso productivo, son las diferencias bastantes notorias en los precios de medicamentos de distintos laboratorios farmacéuticos (genéricos intercambiables vs. Sheryng Plought, por ejemplo) y el bombardeo de anuncios televisivos en que unos y otros se descalifican, unos asegurando que “*es lo mismo pero más barato*” y otros argumentando que “*no arriesgue la vida de su familia por no gastar un poco más*”. Lo que esto y la mala distribución económica logran, es que sólo una parte de la población pueda pagar los medicamentos y los servicios médicos óptimos y adecuados para sus males en caso de requerirlos, sea cual sea el costo (Doctores y hospitales privados); la otra parte de la población acude a remedios momentáneos y/o atenciones médicas inadecuadas, por tanto, la salud se ha vuelto un producto, si no es que un lujo.

Otro aspecto importante del proceso salud-enfermedad se refiere al ambiente laboral; en las sociedades capitalistas, los empresarios buscan que la fuerza de trabajo produzca al máximo para obtener mayor ganancia. Esto aunado a las condiciones ambientales en los lugares de trabajo, se traduce en deterioro, envejecimiento precoz, enfermedades ocupacionales y en lesiones invalidantes para los trabajadores. Este fenómeno se presenta de manera desigual entre obreros de sectores y ramas productivas según las condiciones técnicas de producción y el grado de organización de los trabajadores.

Por lo tanto, la calidad de vida y el bienestar social de cierto sector de la población es deficiente, lo cuál se podría traducir como enfermedad. Para entender mejor esto, revisaré los siguientes términos:

1.2 Calidad de vida y bienestar social.

San Martín (1992) sostiene que la satisfacción de las necesidades de la especie humana condiciona lo que llamamos calidad de vida y que ésta es a su vez, el fundamento concreto del concepto de bienestar social. Así, la calidad de vida de un individuo podría entenderse como la relación global que él establece entre los estímulos positivos (favorables, agradables, etc.) y los estímulos negativos (adversos, desagradables, etc.) en el curso de su vida social, en sus interrelaciones con los otros miembros de la colectividad y con el ambiente total en que se vive, es decir, en el ejercicio de los "valores sociales".

El concepto de calidad de vida es dinámico en el sentido de que constituye un proceso socioeconómico, cultural y sociopsicológico de producción de "valores" positivos y negativos, referentes a la calidad de nuestra vida social, de distribución social de estos mismos valores y de percepción social de los valores por la población; es el resultado de la interacción permanente de un complejo de elementos de naturaleza muy diversa, relacionados con los conceptos de desarrollo económico, desarrollo social, nivel de vida, necesidades fundamentales del hombre, desigualdades socioeconómicas, concentración económica, modos de vida, libertades públicas, condiciones ecológicas y sanitarias del ambiente de vida, nivel de salud enfermedad de la población, seguridad o inseguridad social, etc. y de la percepción que la población tenga de sus condiciones globales de vida y las traduzca subjetivamente en sentimientos de bienestar, malestar, satisfacción-insatisfacción, felicidad-infelicidad, etcétera.

Por su parte, Rodríguez (1995) coincide al mencionar que la calidad de vida se ha definido como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o como un sentimiento de bienestar personal y que también, éste juicio subjetivo, se ha considerado estrechamente relacionado con (cuando no causado por) determinados indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales. Así, la calidad de vida parece poder traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y por otro, en términos de presencia o ausencia de indicadores estándar, más o menos objetivos, de lo que generalmente las personas consideran que determina una "buena vida". El primer aspecto recoge lo que se determina "felicidad" y el segundo alude a la noción de "estado de bienestar".

Por tanto, recoger ambos aspectos implica constataciones de una sociedad de los indicadores objetivos y subjetivos del bienestar, es decir, indicadores presentes en la experiencia de las personas que consiste básicamente en un sentimiento de satisfacción psicológico y/o conductual. La presencia de ese sentimiento positivo de satisfacción global respecto de la vida, debe estar determinado no sólo por la interpretación del sujeto (determinantes cognitivos) sino por la presencia de condiciones externas objetivas (Figura 1).

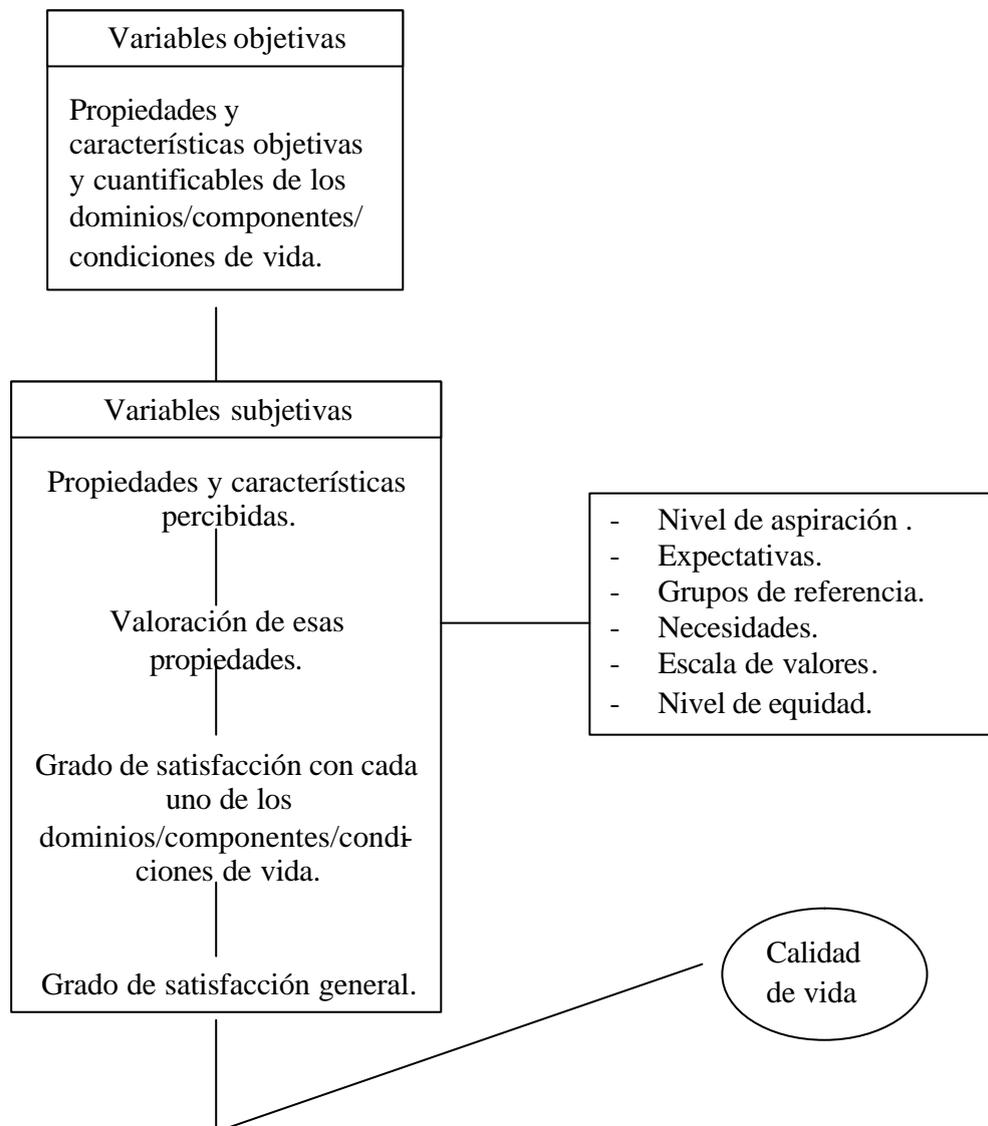


Figura 1 - Variables objetivas y subjetivas en la calidad de vida.
(Rodríguez, 1995)

Los indicadores objetivos están referidos a realidades presentes en el hábitat físico y social de la persona y pueden centrarse en riqueza, amor (entendido como una forma de apoyo social), comodidad y salud.

Por lo que se refiere a la riqueza, sus dos elementos centrales son el estatus de empleo y los ingresos (además de la naturaleza y de la cuantía de las posesiones materiales).

En cuanto al empleo, las personas en paro laboral (desempleados) tienen un nivel muy bajo de bienestar subjetivo, el paro tiene un impacto devastador que va más allá de las dificultades económicas que obviamente conlleva. La satisfacción laboral, parece estar positivamente relacionada con el bienestar subjetivo mientras que la tensión laboral, por el contrario y consecuentemente, aparece negativamente relacionada con el bienestar subjetivo. El nivel de ingresos tiene un efecto sólo en niveles extremos de pobreza, pero una vez que se han cubierto las necesidades básicas, los ingresos dejan de tener una influencia importante. Así mismo, el efecto de los ingresos depende de la comparación social.

En cuanto al amor, entendido como apoyo social, las personas casadas informan de un bienestar subjetivo mayor que cualquier categoría de personas no casadas. Cuando además, pasamos del hecho objetivo del matrimonio a la importancia de la satisfacción marital sobre la "felicidad global", la conclusión es que la satisfacción con el matrimonio y con la vida familiar es uno de los predictores más importantes del bienestar subjetivo.

Otra variable de las condiciones externas objetivas es la interacción social que hace referencia a la cantidad, tipo y calidad de los contactos sociales de las personas (número de amigos, etc.), que a su vez tiene que ver con la red de apoyo social de que la persona dispone (y que depende tanto de su propia conducta como de la oferta de la comunidad en la que se encuentra inserto).

Otra variable, es la disponibilidad de servicios que existe en la oferta de la comunidad para la persona tales como el tipo de vivienda, comodidad y elementos sanitarios, seguridad de ocupación (propiedad), coste del alojamiento, accesibilidad y calidad de los servicios (comerciales, de salud, de educación y de ocio), calidad y seguridad de los transportes, accesibilidad y calidad de los servicios de protección.

Finalmente, dentro de las condiciones externas objetivas pueden considerarse el estado de salud. Sin embargo, éste es un indicador mixto puesto que, si bien existen indicadores objetivos (fundamentalmente de orden biológico) de una situación de salud, tan importantes como ellos son los indicadores subjetivos, que se manifiestan mediante auto informe de las propias personas. Así, no podemos dejar de considerar la fuerte interacción que se da entre salud y calidad de vida. Si el estado de salud es un factor determinante de la calidad de vida de la persona, la calidad de vida de la persona determina igualmente su estado de salud.

San Martín (1992) expone como indicadores sociales de la calidad de vida que miden la participación y distribución de valores de la calidad de vida y del bienestar social, los siguientes:

- Sector económico: producción, trabajo y empleo, nivel de vida, salarios y costo de vida, ingresos, concentración económica, etc.;
- Sector social: desigualdades sociales, seguridad o inseguridad social, oportunidades sociales, relaciones sociales e interpersonales, participación social, accesibilidad a servicios y beneficios sociales, etc.;

- Sector cultural y educativo: accesibilidad al sistema educativo a cualquier nivel, éxito y fracaso por clases sociales, posibilidades reales de desarrollo de la persona en sus aspectos biológico, social y cultural; cobertura de la población por los servicios, etc.;
- Sector de la política social: libertades públicas y restricciones, respeto de los derechos humanos, desigualdades cívicas, etc.;
- Sector de la justicia: En relación con la equidad, independencia, neutralidad, trato humano, defensa de los inculpados, existencia o no de la pena de muerte, reclusión de menores de edad, etc.;
- Sector del ambiente de vida: aspectos cuantitativos y cualitativos del ambiente físico, químico, biológico y ecológico en el que vive la comunidad, existencia de riesgos identificables y medibles etc.;
- Sector de la salud de la población: concepto de salud predominante en la población, morbilidad, accidentes, invalidez, mortalidad; existencia de problemas de salud y de riesgos en la población y en su hábitat; recursos y servicios de salud que se ofrecen a la población; cobertura y accesibilidad de ellos, etc.;
- Sector de los aspectos subjetivos: tales como el sentido del propio valor del ser humano, el grado de autonomía, la vida afectiva, la solidaridad social, el sentido colectivo-social, el respeto a los demás, la tolerancia, la devoción a la paz, etc.;

- Sector de la percepción de valores: es muy importante investigar la forma como la sociedad percibe los valores de la calidad de vida y del bienestar social.

De ésta manera, la calidad de vida expresa fielmente el grado de bienestar social de una comunidad por que es una síntesis de todas las variables objetivas y subjetivas que pueden expresarse como indicadores sociales en forma precisa y representativa; implica mejorar también el nivel de vida y cambiar los modos de vida de la población para lograr un verdadero bienestar social general; esto trae como consecuencia, si se realiza eficaz y permanentemente, reducir las muertes prematuras, extender el periodo de vida activa del adulto, retardar el envejecimiento del individuo, extender la longevidad individual y prolongar la vida media de la población.

Ahora, dado que la calidad de vida está en estrecha relación con el bienestar social, el mismo San Martín (1992) explica tal concepto:

En todas las sociedades humanas, la morbilidad es extremadamente alta y el gasto de tipo curativo insostenible ya para las sociedades más desarrolladas. El origen de éste fenómeno radica en la actual mala calidad de vida humana, tanto en los países más desarrollados como en los subdesarrollados. En toda la humanidad es evidente el malestar social, la insatisfacción de las verdaderas necesidades de la especie humana, la acumulación progresiva de riesgos biológicos, sociales y mentales que afectan constantemente a las poblaciones.

Queda claro entonces, que el aumento de la vida media de la población humana no significa necesariamente una mayor longevidad del individuo. De aquí que los problemas de envejecimiento prematuro y de salud en los ancianos deban abordarse en términos de calidad de vida y de bienestar de las personas en términos de esperanzas de vida. Esto es que en nuestras sociedades humanas la noción de vejez está en gran parte determinada por la calidad de vida y por el bienestar social.

Ahora, el término bienestar social se usa para denominar la satisfacción social global de los individuos y de las sociedades en su conjunto con relación a la existencia personal y a la vida social; éste concepto tiene bases objetivas y fuertes connotaciones subjetivas, particularmente en el sentido de aspiraciones. Esto se debe a que el concepto de bienestar social está estrechamente relacionado con el funcionamiento de la sociedad, con los valores y las normas sociales, con las relaciones sociales, con las aspiraciones de la gente, pero sobre todo, con la satisfacción de las necesidades fundamentales del hombre.

Para evitar el subjetivismo y la variación de los valores humanos se ha tratado de definir las necesidades fundamentales del hombre identificándolas cuidadosamente en los diferentes períodos del desarrollo del individuo y midiéndolas con indicadores sociales. Sin embargo, existen muchas clasificaciones de éstas necesidades elementales y no puede aplicarse tal cual a las sociedades reales, por que éstas son socialmente desiguales. Es decir, las necesidades básicas de una sociedad humana no pueden sacarse de una lista de consumos o de demandas presentadas por un ministerio sino que emergen de las demandas de los grupos y de las clases sociales para subsistir, trabajar y desarrollarse como los seres culturales, sociales y psíquicos que son.

Así, si tomamos en cuenta que una buena calidad de vida está representada por la satisfacción de nuestras necesidades, entonces podemos llegar al acuerdo de que, aquella porción de la población a la que hemos venido haciendo referencia (al sector de escasos recursos) goza de una mala calidad de vida y probablemente el otro sector también; tomemos en cuenta cuáles serían las necesidades fundamentales de nuestra sociedad y aseguro que variarían considerablemente, pero no se alejarían de contexto, incluso, se podrían complementar, es decir, podríamos pensar en salud, educación, relaciones familiares, alimentación, anticoncepción, salud mental, etc. y ahora tomemos en cuenta el tipo de “necesidades” que el proceso económico ha creado y que en nada elevan la calidad de vida: cremas y jabones rejuvenecedoras “por que la belleza es salud”, un televisor de pantalla plana y con señal por cable, telefonía celular, ropa de última moda, productos light, como cerveza o cigarros, etc. Estas seudonecesidades que por sí solas no mejoran nuestro nivel de vida y que en muchas ocasiones, sólo nos perjudican, han llegado a reemplazar las verdaderas necesidades básicas (que ya mencionó San Martín, 1992) haciendo creer a la población que por poseer ciertos objetos materiales, hay estabilidad general.

Es real que mucha gente se queja cuando le suben \$3.00 a la leche, a las tortillas o a sus cigarros o cerveza preferidas, pero al igual que los productos básicos (leche o tortillas) hacen lo posible por seguirlos consumiendo; es más, para algunos pareciera que los vale, aún cuando sus efectos en salud sean contraproducentes. Sin embargo, ni la calidad de vida ni el bienestar social se limitan a éste aspecto, es de vital importancia el desarrollo de un niño desde su nacimiento para que, aún cuando crezca en aquella parte de la población de escasos recursos, logre un desarrollo óptimo, tanto biológico como intelectual, teniendo así, mayor oportunidad de la calidad de vida que parecía tener

predestinada. Por supuesto, no estoy sugiriendo que nacer en un nivel económico alto libra de tener una mala calidad de vida, pero está demostrado a través de la historia que hay mayor probabilidad de tenerla en un nivel socioeconómico bajo.

Además, en ésta modernidad, una gran cantidad de embarazos reflejan simplemente la inmadurez de la pareja, es decir, la ignorancia o apatía en cuanto a concepción y anticoncepción, en cuanto a expectativas de vida, metas a corto y largo plazo, hijos, pareja, etc. Los padres se niegan a ejercer sus papeles de padre/madre o lo ejercen de la forma más inadecuada, aunado a esto, se encuentra el hecho de que los planes y programas de orientación, prevención y atención en el ámbito ya referido, son escasos y deficientes por lo que los embarazos no deseados siguen ocurriendo, hecho mayormente reflejado en las comunidades de baja condición socioeconómica (más datos sobre esto, en Videla, 1991 y Gallar, 1998).

Por esto es importante tener en cuenta la salud materno-infantil, de lo cuál trata el siguiente punto.

1.3 Salud materno-infantil

La salud materno infantil tiene como propósito lograr óptimas condiciones de salud de la madre y del niño a través de la aplicación de medidas tendientes a fomentar los factores que le son favorables y disminuir o suprimir los nocivos; es uno de los aspectos mas importantes de la salud pública, por dirigirse a un grupo muy vulnerable (Sánchez, 1994).

A continuación y para llevar un orden, el mismo Sánchez explica las etapas del embarazo y Jiménez (1998) expone los procesos y aspectos psicológicos que se relacionan con el embarazo.

La atención materno infantil suele dividirse en cuatro áreas: Preconcepcional, prenatal, parto y puerperio y postnatal.

- ↪ Preconcepcional.- Se refiere a la planificación familiar, la salud antes de la concepción, atiende problemas de esterilidad y se incluye el examen médico preconcepcional para descubrir padecimientos transmisibles y no transmisibles que pudieran condicionar enfermedades hereditarias y congénitas, así como problemas mentales de farmacodependencia.

- ↪ Atención prenatal.- Comprende los cuidados a la salud de la madre y del producto desde la concepción hasta el nacimiento, con el propósito de disminuir la morbilidad y la mortalidad de ambos seres y pugnando por que el producto nazca en condiciones óptimas de salud.

- ↪ Atención del parto y puerperio.- De preferencia esta atención debe ser proporcionada por personal profesional. En el medio rural, todavía un 75% de los partos son atendidos por parteras empíricas, las cuáles son necesarias desde el punto de vista económico, cultural y por la dispersión de la población en miles de pequeñas localidades. Ante la imposibilidad de desplazarla al personal profesional, es conveniente darles adiestramiento, sobre todo en relación con los signos de alarma (principalmente hemorragias, edemas, antecedentes patológicos y de partos complicados), aseo de manos, desinfección de instrumentos, que usen método de Credé, y sobre todo lo que

no deben hacer (tactos vaginales, maniobras para cambio de posición del producto, uso de oxitóxicos); así como de los cuidados a la madre en el puerperio y durante la lactancia y en relación con el recién nacido.

- ↳ Postnatal.- La mujer habitualmente responde al parto siguiendo un patrón predecible y muestra conductas maternas específicas que se configuran en tres etapas: I) Etapa de aceptación: la madre, todavía extenuada físicamente, busca la ayuda para realizar sus cuidados diarios. II) Etapa del apoyo: la madre empieza a hacer valer su independencia en el cuidado del recién nacido. III) Etapa del abandono: la madre ha definido de nuevo y aceptado su nuevo rol de maternidad.

En cuanto a los procesos psicológicos, Jiménez (1998) menciona que el embarazo convierte a la mujer en madre y al hombre en padre. Maternidad y paternidad se entienden como la disposición al aprendizaje preciso de criar a un ser humano de manera sostenida, con inteligencia y sensibilidad y con un sentimiento de afecto y de interdependencia que configuran un importante periodo del ciclo vital humano. Éste proceso abarca aspectos interrelacionados como son aspectos biológicos (fisiológicos, endocrinos, anatómicos, etc.) que hacen referencia a los objetivos de conseguir que nazca un niño sano sin complicaciones y sin deterioro físico para la madre; aspectos psicológicos que aluden a las intensas reacciones emocionales relacionadas a la identidad personal, a la imagen corporal, al sentido de autorrealización, al crecimiento y madurez personal y a la adaptación de la madre (y el hijo) a la nueva situación; aspectos sociales que se refieren al cambio de papel social de los progenitores, a las relaciones interpersonales de la pareja, de la familia y amigos en función del nuevo miembro familiar. Todo ello va a configurar el marco y los medios de

apoyo sociales disponibles para hacer frente a la situación y aspectos culturales que tienen que ver con los patrones de comportamiento, los ritos, creencias y prejuicios existentes en una sociedad en torno al embarazo, parto y puerperio y que han sido interiorizados, mediante socialización, por las personas implicadas.

Para comprender los objetivos asistenciales dirigidos a mejorar la calidad de vida (tanto física como mental) de las mujeres embarazadas es necesario dar una visión desde tres aspectos: socioculturales, psicológicos y psicosocial.

⇒ Aspecto sociocultural.- Desde éste punto de vista, el embarazo constituye el signo evidente de que la pareja ha llegado a una etapa de transición hacia la edad adulta después de una comprobada socialización del rol y la madurez sexuales. La vida de una persona atraviesa una serie de estadios de desarrollo psicosocial y durante cada etapa, la sociedad espera del individuo determinados comportamientos en consecuencia con su edad y situación. Tales expectativas de conducta varían según la cultura pero en cualquier caso, constituyen ambas exigencias normativas que el sujeto debe afrontar mediante un trabajo o tarea de desarrollo psicosocial que el sujeto realiza en dos fases: una de aceptación interna (internalización) y otra del cumplimiento con éxito (demostración). El embarazo, es un estadio de desarrollo psicosocial que implica una tarea, aceptar la gestación y el papel de madre/padre y ejercer tales papeles como espera el grupo social de referencia. Los antecedentes culturales al igual que la herencia biológica y el ambiente físico, son factores que influyen en las actitudes, valores costumbres, creencias y comportamientos de una persona con relación a la salud y a la enfermedad. En nuestra sociedad actual, el nivel socioeconómico de las personas suele tener una influencia sobre la conducta. Así, por

ejemplo, las personas de muy baja condición socioeconómica no suelen recibir atención médica preventiva, raramente reciben educación o psicoprofilaxis obstétrica y muy a menudo solicitan cuidado prenatal en la última etapa del embarazo. Para algunas personas, lo que comen o rehúsan comer está regido por su religión, así como también las transfusiones de sangre. En cualquier caso, como señalan Dickason y cols. (1995, mencionado en Jiménez, 1998) se debe hacer planes “con” y no “para” el paciente y la familia.

⇒ Aspecto psicológico.- Según Vidal (1995, mencionado en Jiménez, 1998) la mujer vive su proceso de gestación y maternidad en función de diversos factores tales como los patrones de interacción que su familia le ofreció en su infancia para satisfacer sus necesidades emocionales, educativas y de salud; la experiencia previa con lactantes o hermanos (cuidados de niños pequeños); las circunstancias ambientales; su vivencia sexual y psicoafectiva; su conocimiento sobre el cuidado sobre los niños; la capacidad para afrontar tensiones e imprevistos; sus recursos para establecer canales o vínculos de comunicación apropiados; su personalidad que puede verse influida por la confianza y seguridad en que las exigencias derivadas de su nuevo ser (su hijo) y por la valoración de sí misma en ésta etapa y por la capacidad para disfrutar y gozar de su propio cuerpo.

Desde una perspectiva biopsicosocial es importante ayudar a la mujer a parir, clarificar el significado de ser madre, lo que espera de su pareja, cómo imagina su vida con hijos, cómo va a ubicar su dedicación y entrega al hijo y a sí misma.

Durante el embarazo, la mujer debe ser consiente de que su nueva situación plantea tres realidades: 1) La aparición de un nuevo ser que va a modificar el esquema de interrelaciones de la pareja o de la familia. 2) Profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales que alteran la imagen corporal y pueden poner en peligro su estado de salud. 3) Los sucesivos ajustes y cambios en su rol social.

Así, durante la gestación se van a dar cita dos tipos de factores estresantes: internos y externos:

➤ Factores internos.- Aquí, el más importante es el embarazo en sí mismo como impacto emocional y de carácter actitudinal que se mantiene durante todo el embarazo y se caracteriza por una ambivalencia emocional entre el deseo de tener un hijo y el temor a las consecuencias; el carácter inminente e inaplazable del acontecimiento y la aparición de pequeñas exigencias y molestias como náuseas, vértigo, cambio de apetito, disuria, deformación corporal, controles médicos, exploraciones, etc. La capacidad del embarazo como acontecimiento vital estresante, es un desafío por que implica una sucesión de tareas y objetivos difíciles, comprometidos y cada vez más exigentes y constituye también una amenaza por que implica importantes sobrecargas físicas y psíquicas con dolor seguro y riesgos para la salud, incluso para la vida del bebé y de la mujer quien al ser consiente de todo ello, experimenta preocupaciones y temores. Los estados de ánimo cambiantes, la introversión y la pasividad son comunes y normales; también experimenta debilidad emocional, aumento de la sensibilidad, mayor necesidad de afecto, mayor irritabilidad, temores y ansiedades; sin embargo, éste proceso como cualquier crisis, también conlleva un esfuerzo de adaptación y una oportunidad de maduración. También el número de embarazo

resulta estresante. Por lo general, el primer embarazo se caracteriza por lo novedoso de la experiencia; el segundo y tercero, por una sobrecarga biológica y social moderada y a partir del cuarto, la carga se hace severa.

➤ Factores externos.- Entre las principales fuentes de estrés externo tenemos los siguientes: Problemas de salud de la propia embarazada o de las personas a su cargo; conflictos relacionados con el trabajo, el empleo y la actividad profesional; condiciones de vida como el hacinamiento, la insuficiencia de instalaciones, la falta de intimidad, las malas condiciones higiénicas, etc. y la constelación de relaciones familiares, si son armónicas y cariñosas, el reparto de los papeles, el reparto igualitario de tareas domésticas, el cariño y afecto del marido, el tipo de relación con los propios padres y suegros, la posibilidad de ayuda material, económica, las actitudes de los padres hacia el embarazo, etc.

Ahora, todo este proceso de estrés, se viene a agravar si el embarazo no ha sido planeado ni deseado; si la madre es separada, viuda o soltera, con o sin pareja, con embarazo fuera del matrimonio y la cantidad y calidad de la aceptación y de los apoyos socio-familiares. En estos casos, la evaluación del embarazo como situación de estrés va a depender de las perspectivas futuras, de las consecuencias reales percibidas, de la cantidad y calidad de los apoyos sociales reales percibidos y de las características de la personalidad.

Ya durante el parto, se encuentran también fuentes de estrés relacionadas con el nacimiento como un hecho inaplazable. Las principales manifestaciones son ansiedad y miedo al dolor, al daño de la integridad física y a la muerte. Después del parto estos temores están asociados al sentimiento de vacío experimentado por la madre al salir el hijo de su vientre. Como experiencia

previa al parto, las mujeres refieren preocupación por su auto-imagen, por el fracaso, por la soledad, la pérdida de su autonomía, la toma de decisiones, inquietud por el bienestar del niño y por los procedimientos obstétricos y los cuidados asistenciales.

La salud psicológica de la mujer después de dar a luz puede presentar una mayor vulnerabilidad y diversos trastornos psicológicos. Entre las que conviene señalar como más frecuentes están:

- El abatimiento posparto: es el trastorno más frecuente y consiste en crisis de llanto, ansiedad, desesperanza y falta de concentración. Aparece típicamente en el tercer y cuarto día y puede durar desde varias horas hasta algunos días. La presencia de llanto, sino es que forma parte de un cuadro depresivo, es debida muchas veces a una descarga emocional tras un cierto tiempo de tensión o reacciones de cierta labilidad emocional.
- La depresión neurótica: se asemeja en sus síntomas (tristeza, deterioro funcional, apatía, etc.) a la depresión y suele aparecer después del primer mes pudiendo durar dos semanas o más, incluso meses. Son síntomas típicos la irritabilidad, la fatiga, el insomnio, la anorexia, la pérdida de libido, y la angustia constante por el bebé.
- La psicosis depresiva: es el trastorno más grave pero el de menos incidencia y suele presentarse en el primer mes posterior al parto mostrando un progresivo descenso en el transcurso de los siguientes seis meses. Su comienzo es agudo, aparece brusca e inesperadamente en un estado de confusión que puede ir desde la simple obnubilación hasta el estupor, es de

tonalidad ansiosa y se alterna con estados de lucidez, acompañándose de cambios en el estado de ánimo. La mujer suele permanecer triste, alejada sin querer ver a su hijo y temiendo que se lo quiten.

En mi opinión, la aparición de cualquiera de estos trastornos también puede deberse a las condiciones emocionales en que se dio el embarazo, las expectativas que se tenían antes y durante éste, si fue deseado y la resolución que la mujer haya tenido de probables conflictos durante su niñez y en relación con sus padres.

Un aspecto más del factor psicológico a mencionar, es la pérdida del producto. Cuando un bebé muere, antes o al poco tiempo del nacimiento, muy pocas personas, aparte de sus padres, tienen algún recuerdo de ese niño. Dado que son nuestros recuerdos los que desencadenan la tristeza y el dolor de la pérdida, pocas personas pueden sentir un duelo por el niño que nunca conocieron.

Desde el momento en que los padres tienen conciencia de que han concebido un hijo, sus actividades y forma de pensar se transforman: su futuro, su vida y sus sueños se convierten en una planificación para el hijo que viene. Por eso, cuando se malogra el nacimiento, los padres no solo han perdido un descendiente, sino también gran parte de su futuro vital. Viven con un gran sentimiento de inseguridad y desorganización, por que su plan de futuro ya no es posible.

Después de la muerte de un hijo, los padres pueden experimentar fuertes reacciones emocionales (sentimientos de pérdida y vacío, caracterizados por una

profunda y dolorosa sensación de soledad y más tarde surge un abrumador sentimiento de ansiedad, alarma e inquietud, finalmente se da la depresión que suele permanecer en diferentes grados de intensidad durante un periodo prolongado), que aunque nos parezcan muy alteradas, no debemos impedirles ya que son totalmente adaptativas y permiten al cuerpo experimentar el dolor, condición necesaria para que el sufrimiento ante la pérdida no se instaure y cronifique en el sujeto; lo mismo es para las reacciones físicas (cansancio severo, presión en el pecho, agobios respiratorios, palpitaciones, molestias gástricas, dolores, pérdida de apetito, trastornos del sueño, etc.). El sentimiento de culpa y la insistente pregunta "¿y si hubiera...?", colorean el estado de ánimo.

Para una superación completa y saludable de la pérdida, es importante que la familia, especialmente los otros hijos pequeños, participen en la experiencia de duelo expresando su tristeza y que la pareja acepte el derecho que cada uno tiene a sentir el dolor a su forma y su ritmo particular.

Sin embargo, cuando la interrupción del embarazo es voluntario (aborto provocado) el estrés puede ser mayor, no sólo por los riesgos sanitarios, sino también y en muchos casos, por los conflictos interpersonales (creencias religiosas), las consecuencias psicopatológicas y las exigencias éticas y legales que implica. Lo más frecuente, según Gómez (1994, en Jiménez, 1998) "es que aparezcan cuadros depresivos que se acompañan de un sentimiento grabe de culpabilidad". Según ésta autora, en la mujer abortista surge un tipo de culpabilidad psicológica, distinta de la culpa moral, aunque la incluya, y que en muchos casos es irreversible y permanece durante toda la vida. Son continuos en ella los auto-reproches y la idea de reparación.

Este sentimiento de culpa puede obstaculizar una reacción adecuada de duelo y prolongar el sufrimiento y la ansiedad de la mujer con peligro serio para su equilibrio y ajuste psicológico.

Esta misma autora describe el llamado síndrome de postaborto en el que la mujer recorre las siguientes fases:

- 1) Desasosiego y tristeza.
- 2) Recuerdo.- La mujer revive continuamente el momento traumatizante del aborto de un modo profundo y se pregunta a menudo, "¿cómo sería mi hijo ahora?". Intenta apartar este recuerdo autojustificándose ("no tenía otra opción", "no podía hacer otra cosa") pero el pensamiento vuelve.
- 3) Depresión profunda con un gran sentimiento de culpabilidad perdiendo interés por las cosas y a veces no ve otra salida que el suicidio. Es frecuente la depresión de aniversario que se sitúa alrededor de la fecha del aborto o del posible nacimiento del hijo.

Así pues, el aborto voluntario provoca un fuerte impacto emocional en la mujer, cuyas consecuencias psicológicas negativas van a depender de su personalidad de base, de su sistema de valores, de sus creencias y de los apoyos socio afectivos de que disponga y de las razones que le han llevado a abortar.

⇒ Aspecto psicosocial.- Muchos de los miedos, ansiedades y conflictos experimentados por la pareja durante el embarazo, parto y puerperio pueden ser aliviados mediante un adecuado apoyo psicosocial; éste apoyo actúa desde una perspectiva de prevención y promoción de la salud integral como

desde un enfoque terapéutico o de relación de ayuda que permita la superación de inseguridades y problemas emocionales derivados de los estresores básicos de la maternidad. Este apoyo o intervención tiene tres momentos importantes: la detección, la preparación al parto y el consejo postnatal.

La detección de las condiciones previas son la exploración y detección de las condiciones previas, tanto personales como ambientales, en las que se va a desarrollar el proceso (deseo, actitud, personalidad, implicación y participación del compañero, percepción de apoyos sociales, condiciones socioeconómicas y laborales, etc.). La preparación al parto involucra la toma de conciencia y contacto de la embarazada y su pareja con la realidad de su situación. Se exploran los sentimientos conscientes e inconscientes hacia el futuro hijo; toma de conciencia de sus propios conflictos relacionados con su madre, relajación muscular y psicológica; integrar la función dentro de su personalidad global disolviendo temores asociados y motivar al compañero a participar y comprometerse en el proceso. El consejo y la ayuda postnatal se inicia cuando aparecen síntomas clínicos graves antes o durante la depresión postparto (depresión, psicosis, etc.) requiriéndose una intervención más especializada (psicoterapia, tratamiento psiquiátrico, etc.).

Así pues, la intervención psicológica y social en el embarazo, el parto y el puerperio es un campo que, a pesar de su novedad y falta de sistematización, ofrece grandes posibilidades a los profesionales de la salud para ayudar a las mujeres (y a las personas de su entorno más próximo) a enfrentarse a esa situación vital minimizando los factores de riesgo psicológico por un lado y por otro, logrando optimizar la relación padres-hijos fomentando desde la

concepción, los cuidados necesarios para que el producto tenga un desarrollo psicológico, social y biológico lo más óptimo posible, haciéndolo consciente de la importancia que involucra la atención psicológica y médica para tener una buena calidad de vida.

Ahora, como ya se mencionó al principio de éste punto, nos encontramos con que aparte del estrés debido al parto, la hospitalización conlleva un grado de estrés y ansiedad que, aunque no sea frecuente que empeore la salud, tampoco facilita la recuperación, siendo éste estrés hospitalario uno de los principales ejemplos de la aplicación de los tópicos tradicionales de la psicología social de la salud. Estudia los efectos negativos del hospital como marco de tratamiento, dentro del cuál se genera en el paciente un conjunto de problemas como es el ser sometido a cambios culturales no deseados ni comprendidos; asumir nuevas normas, valores, creencias y símbolos que pueden resultar incongruentes; tener que llevar a la práctica el papel de enfermo y aprender a representar más específicamente el papel de paciente hospitalizado, etc. Sobre éste tópico versa el siguiente punto.

1.4 La hospitalización y sus efectos psicológicos

Tanto Rodríguez (1995) como la Presidencia de la República (Salud, 1990), coinciden al exponer los efectos de la hospitalización de la siguiente manera. El hospital es una institución en que las personas pueden obtener servicios sanitarios consistentes, fundamentalmente en el diagnóstico y cura de sus enfermedades y en la rehabilitación de determinadas discapacidades transitorias.

El término hospital hace alusión precisamente a huésped, es decir a persona necesitada de asilo. A principios de siglo, y con la biotecnificación de la medicina, junto a las normas profesionales, aparecerían en el hospital las normas técnicas correspondientes a la representación del rol del médico y finalmente se incorporarían las normas burocráticas de racionalidad y orden administrativos, con tendencia a la expansión y autoconservación. Finalmente los avances de la medicina científica y de la tecnología sanitaria, producidos durante el siglo veinte, han jugado un papel relevante en la división del trabajo sanitario, imponiendo la creación de otras numerosas profesiones sobre todo en el ámbito hospitalario. Actualmente los procedimientos de diagnóstico y tratamiento dentro del hospital implican un conjunto complejo de profesionales diferentes con diferentes especialidades y con roles diferentes que a menudo se representan de forma separada y con poco contacto entre sí.

La meta principal es devolver la salud al paciente hasta donde sea posible, así como la enseñanza y la investigación. Para alcanzar sus metas y cumplir sus funciones lo más eficazmente posible, el hospital adopta una estructura formal burocrática, es decir, un ordenamiento de oficios y posiciones para la coordinación racional de las tareas y roles que conducen a la obtención de sus objetivos.

Así pues, el problema propio del hospital es, precisamente, que se trata de una estructura organizativa que engloba a profesionales carismáticos (a los que cada día les resulta más difícil mantener su carisma) rebeldes a ser dirigidos por reglamentos. No es sorprendente que los dos conjuntos de metas y líneas de autoridad, puedan entrar en conflicto, involucrando de forma directa o indirecta al resto de los profesionales que trabajan en el hospital y desde luego a los

pacientes. Nos encontramos, pues, con una organización formal, rígida y altamente estratificada que para lograr sus metas, utiliza mecanismos estructurales tales como una compleja división del trabajo, una elaborada jerarquía de autoridad, unos canales formales de comunicación y una serie de normas reguladoras. Así, la hospitalización supone el ingreso en un sistema social y una subcultura ajena (Figura 2) y ello implica para el paciente unas exigencias específicas.

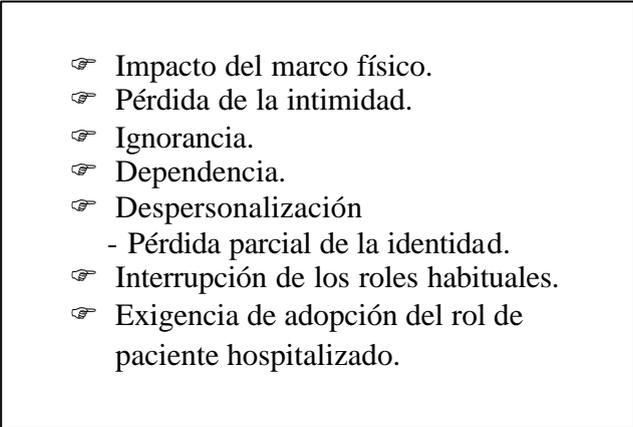
- 
- ☞ Impacto del marco físico.
 - ☞ Pérdida de la intimidad.
 - ☞ Ignorancia.
 - ☞ Dependencia.
 - ☞ Despersonalización
 - Pérdida parcial de la identidad.
 - ☞ Interrupción de los roles habituales.
 - ☞ Exigencia de adopción del rol de paciente hospitalizado.

Figura 2.- Efectos psicosociales de la hospitalización
(Tomado de Rodríguez, 1995)

Lo primero que ha de enfrentar el paciente es el propio marco físico. La arquitectura y decoración de la mayoría de los hospitales no son muy alentadoras. Pueden constituir una maraña de pasillos sólo descifrable para el propio personal; la mayoría de los diseños utilizados no favorecen la interacción social ni entre el personal del hospital con el paciente, ni entre sí, ni entre los pacientes con ellos mismos; el paciente sólo puede aceptar el entorno tal como lo encuentra, sin que pueda introducir modificaciones en él.

Una vez instalado en una sala o en una habitación con un número múltiple de camas, el paciente debe habituarse a una total falta de intimidad. Su vida se ha transformado en una vida pública y permanentemente accesible, sobre todo para el personal hospitalario. Además, ese profesional habla un lenguaje casi incomprensible, dividido en dialectos correspondientes a cada grupo profesional existente. La ignorancia de lo que se dice, se suma así a la ignorancia de lo que pasa y de lo que va a pasar, condicionando la adopción del papel de enfermo hospitalizado, cuya característica más fundamental es la dependencia.

La obligación de obedecer las instrucciones del profesional sanitario se potencia con la hospitalización, puesto que el ingreso en el hospital pone al paciente en una situación de máxima dependencia que incluye la obediencia citada, además del cumplimiento de las rutinas generales del hospital, las cuales no son rutinarias en absoluto para los enfermos. La gran mayoría son experiencias nuevas para el paciente y le provocan tasas altas de ansiedad. La aceptación de la rutina hospitalaria, daña la intimidad, no solo física, sino la psicológica del paciente. La discusión del caso junto a su misma cama puede resultar muy perturbadora para él. Además, su historia médica puede contener material personal confidencial, que a veces es presentado allí mismo, y escuchado casi públicamente.

La dependencia se genera, además, por que en el hospital el personal asume todo el control de medios, recursos y movilidad de los pacientes, incluyendo tanto los medios físicos como de información.

Así, el paciente debe pedir todo lo que desea y al no recibirlo, arranca trozos de información del personal hospitalario, de los compañeros de

habitación, de los familiares, de las visitas, interpretando gestos, miradas y palabras, para reunir un conjunto de retazos de información que en muchos casos será parcial y contradictorio, pero del que extraerá sus propias conclusiones.

Esta situación de máxima dependencia genera una devaluación psicosocial del paciente. Se torna en un "incapaz", en un "menor de edad" que está allí, para ser curado, para que se le hagan cosas, no para hacerlas y en este sentido la calidad de vida del paciente durante su estancia en el hospital, se vería afectada. Ese proceso de sometimiento y devaluación psicosocial se produce conjuntamente con otros procesos: eliminación de la identidad y la despersonalización correspondiente. El paciente pierde con el ingreso en el hospital todos los indicadores de su identidad personal, incluyendo sus propias pertenencias y los indicadores sociopsicológicos que son substituidos por los objetos e identificadores estándar del hospital.

La adopción del nuevo papel de paciente hospitalizado conlleva la interrupción de roles habituales y queda inmerso en el juego de las diferentes interacciones del sistema del hospital, dentro del cuál no conoce con claridad cuáles son las expectativas de su nuevo rol que tampoco puede aprender mas que por medio de un procedimiento de ensayo y error, lo que inevitablemente genera conflictos interpersonales. Al mismo tiempo, la separación del marco social familiar y del laboral supone para el paciente la pérdida de apoyo social.

En suma, el hospital aparece como un estresor cultural en donde el paciente debe aceptar nuevas normas, valores y símbolos de la subcultura hospitalaria, que frecuentemente son inconsistentes con él mismo; aparece como un estresor

social por que el rol de paciente hospitalizado entraña elementos que presionan fuertemente sobre la identidad psicosocial del individuo y las interacciones sociales en un hospital pueden llegar a ser una importante fuente de estrés por sí misma; aparece como un estresor psicológico por que puede introducir desde fenómenos de disonancia entre dos o más fenómenos cognitivos hasta situaciones de dependencia o situaciones consideradas infantiles y también aparece como un estresor físico debido a que la mayoría de percepciones físicas del hospital (olores, ruidos, etc.) y el propio entorno físico del mismo, pueden causar emociones negativas en la mayoría de los pacientes.

Todo el estrés que genera el hospital resulta sin consecuencias graves, pero podría ser determinante si el paciente ya se encuentra angustiado y tenso por condiciones y aspectos de su vida diaria; sin embargo, el recuerdo de ésta y cualquier otra hospitalización quedará grabado como un evento no agradable, lo cuál podría afectar a su salud mental. A continuación, algunos autores definen la salud mental y exponen cuatro perspectivas.

1.5 La salud mental

Sánchez, R. (1994) asegura que la salud mental no ha tenido la atención que amerita por la prioridad de los padecimientos transmisibles, la complejidad de factores y mecanismos de las enfermedades mentales y la dificultad de aplicación de medidas preventivas.

También menciona que por mucho tiempo, la salud mental fue atribuida a causas sobrenaturales como "el demonio que poseía a los enfermos", también se atribuyó a hechiceros y sacerdotes. De ahí los procedimientos que variaron

desde la crueldad de los antiguos manicomios hasta el olvido o la indiferencia en ciertos casos. A pesar del desconocimiento existente, se han incrementado las actividades de higiene mental para la prevención de estas enfermedades. La higiene mental es parte de la salud mental, que comprende todas las acciones encaminadas a promover, proteger, restaurar o rehabilitar la salud mental y se refiere a las medidas que debe seguir el individuo, la familia y la sociedad para prevenir los trastornos mentales y promover el óptimo desarrollo de la salud mental individual, familiar y colectiva. Así, la salud mental tiene que ver con el desarrollo de una personalidad emocionalmente madura que contribuye a una calidad de vida más satisfactoria, eficaz y libre de inhibiciones.

Cabildo (mencionado en Sánchez, 1994 Pág.178) define la salud mental como:

"El estado de bienestar emocional, producto del ajuste del individuo a su realidad interna y externa y que se manifiesta por buenas relaciones interpersonales, estabilidad, productividad adaptabilidad y capacidad de obtener en su oportunidad biológica y social una satisfacción plena de la unión conyugal con personas del sexo contrario".

Este mismo autor menciona que la salud del hombre como ser biológico, socioeconómico, ecológico y cultural está condicionado por el conjunto de factores dependientes de cada uno de esos componentes. La salud mental, en consecuencia, está ligada a las condiciones del individuo y a las condiciones de su ambiente. Las enfermedades somáticas afectan la salud mental y los problemas psíquicos repercuten en la salud física.

Gran prevalencia tienen las enfermedades psicosomáticas, es decir, aquellas enfermedades físicas que resultan de desajustes emocionales por la influencia que ejerce el medio social, como la úlcera gastroduodenal, la hipertensión arterial esencial y la neurodermatitis.

Así, de acuerdo con la etiología, las enfermedades mentales, es posible dividir las en las de tipo orgánico y las funcionales en las cuáles no hay lesión física.

- Las de tipo orgánico comprenden:
 - Infecciosas como la meningitis meningocócica y la tuberculosa, la neurosífilis y la encefalitis viral.
 - Tóxicas como las originadas por el uso de drogas, como el LSD o el alcoholismo.
 - Traumáticas, principalmente por accidentes, como la epilepsia Jacksoniana.
 - Carencias nutritivas como la pelagra.
 - Degeneración del tejido nervioso como la demencia senil y la arteriosclerosis.
 - Congénitas como la parálisis cerebral.
 - Anóxicas, durante el nacimiento que pueda dar cierto tipo de debilidad mental.
 - Genéticas como el síndrome de Down.
 - Hormonales como el cretinismo.

- Los padecimientos mentales en que no hay daño físico se han clasificado en:
 - Neurosis en los que no hay deterioro de la personalidad, como la angustia, la histeria, las fobias, la hipocondriasis.

- Psicosis en las que hay grave deterioro de la personalidad y en las que se ubican las clásicas enfermedades psíquicas como la esquizofrenia y la psicosis maniaco-depresivas.
- Psiconeurosis que guardan una posición intermedia entre las neurosis y las psicosis tal como la personalidad psicópata (sádicos, masoquistas, perversos sexuales, etc.).

Sin embargo, las psicosis, neurosis y psiconeurosis no son hereditarias; lo que se considera hereditario es la susceptibilidad y aún así, la posibilidad de manifestarse depende de la acción del medio ambiente; puede ser que un individuo no sea constitucionalmente débil pero si el medio es altamente desfavorable, es posible vencer su resistencia por fatiga de sus mecanismos de defensa y si lo abruma las tensiones, podría llegar a tener trastornos mentales ya que cada individuo tiene una capacidad de resistencia y ante un mismo grado de tensión, la reacción de cada persona es diferente.

Las causas determinantes de estos padecimientos, son sobre todo, el trato del individuo durante su infancia, las presiones emocionales derivadas de problemas económicos, inseguridad, falta de afecto, fatiga, falta de éxito y reconocimiento. En las sociedades desarrolladas, (generalmente mal desarrolladas), la ambición desmedida, el ansia de poder y dominio, el aumento de la expectativa de vida, la desintegración familiar, la competencia, la falta de afecto y atención y el consumismo son factores que contribuyen a la frecuencia de las enfermedades mentales.

En cuanto a la frecuencia de las enfermedades mentales no hay datos ya que éstas no son de notificación obligatoria, no hay registros adecuados ni investigaciones suficientes sobre prevalencia, por lo que se ignora la verdadera magnitud del problema, aunque se acepta que cada vez más aumenta su frecuencia. A continuación, revisaremos 4 perspectivas de la salud mental.

1.6. - Perspectivas de la salud mental

Según Álvaro, J. L., Garrido, A. y Torregrosa, J. R. (1998) las concepciones sobre salud mental varían según los enfoques teóricos los criterios de diagnóstico utilizados, las concepciones filosóficas, morales y psicológicas vigentes y los modelos médicos predominantes. A la diversidad de criterios utilizados en la definición, se le une el problema de la confusión entre salud y enfermedad mental. A estos problemas se unen los derivados de su medición.

La capacidad de diagnóstico, la conciencia de la persona de enfrentarse a un problema emocional, la diversidad de enfoques metodológicos y los propios instrumentos de medición de la salud mental, entre otros, hacen que las estimaciones sobre este complejo problema sean variables.

Aun reconociendo (según Álvaro, et.al) que la salud mental es, en parte, una construcción simbólica e históricamente determinada, ésta se puede concebir desde cuatro perspectivas diferentes, aunque complementarias:

1.6.1. La salud mental como ausencia de malestar

Los criterios para el diagnóstico del deterioro en la salud mental (DSM III, DSM IV) incluyen la presencia relativa de síntomas. Este tipo de definición excluye a numerosas personas que sin ser diagnosticadas, sufren deterioro en su bienestar psicológico. Así, la ausencia de síntomas es una condición necesaria, pero no suficiente para definir la salud mental.

En la práctica, el trastorno psicológico se mide de dos maneras. La primera consiste en que sea el propio individuo quien refiera sus síntomas, respondiendo a índices estandarizados, tales como escalas de depresión, escalas de ansiedad, escalas generales de sintomatología, el cuestionario de Salud General de Goldberg y el Perfil de Estados de Ánimo. Estas escalas miden el grado en que los sentimientos de la persona se desvían persistentemente de un estándar de neutralidad afectiva o de confort emocional positivo.

En una Segunda forma de medición, el trastorno psicológico se valora por personal técnico o investigadores clínicos que utilizan entrevistas estructuradas y criterios de diagnóstico del DSM-IV. En las dos formas de medición descritas el bienestar psicológico se indica generalmente por la ausencia relativa de síntomas diagnosticados, la utilización de escalas de depresión y ansiedad o cuestionarios que permiten también establecer diferencias entre distintos grupos sociales en salud mental, solventando los problemas de subestimación de trastornos psicológicos en la población en los que generalmente se incurre cuando se utilizan medidas enfocadas al diagnóstico.

1.6.2. La salud mental como bienestar físico y emocional.

Esta forma de concebir la salud mental se refiere a un equilibrio positivo de afectos en el que las experiencias emocionales positivas predominan sobre las negativas. En la investigación psicosocial, cuando se estudia el bienestar subjetivo de la población, se toma como criterio la intensidad y la frecuencia de los estados afectivos y en particular, el equilibrio entre afectividad negativa y positiva. Algunos autores como Bradburn (mencionado en Álvaro, et.al), suponen que las dos dimensiones son independientes y tienen distintos correlatos, por lo que la relación entre ellas sirve como un indicador de felicidad o bienestar. Una alta efectividad negativa estaría asociada a la depresión, así como déficits de refuerzo positivo y de interacción social. De acuerdo con Miroswsky y Ross (1989, mencionados en Álvaro, et.al) el bienestar se incrementa y los sentimientos negativos decrecen cuanto mayores son el nivel educativo y los ingresos económicos y menores los sentimientos de pérdida y las dificultades económicas. Por último, los resultados encontrados sobre las representaciones de los estados afectivos muestran que las personas consideran que lo normal es un equilibrio afectivo con un predominio de niveles moderados de afectividad tanto positiva como negativa.

1.6.3. La salud mental como calidad de vida

La calidad de vida es, como ya se mencionó al inicio del capítulo, un concepto difuso que se refiere tanto a aspectos objetivos del nivel de vida como malestar y bienestar subjetivos, incorporándose en la definición, aspectos sociales, físicos y psicológicos. Las dimensiones de la calidad de vida incluyen la salud física, la salud mental la integración social y el bienestar general. Operacionalmente, se incluyen

aspectos de satisfacción global con la vida, así como la satisfacción con dominios específicos de ésta, como la vivienda, el ocio y el tiempo libre, el medio ambiente, la educación, el trabajo, las relaciones interpersonales, etc. Aquí, la satisfacción vital y la satisfacción de necesidades psicosociales son los ejes esenciales de la salud mental, también se usan para medir la calidad de vida indicadores sociales o comunitarios como las tasas de desempleo, suicidio, mortalidad infantil y criminalidad, el ingreso per capita, el nivel educativo, la oferta de posibilidades de ocio e indicadores de contaminación ambiental. Las tasas de cambio o de evolución de los anteriores indicadores sociales también son útiles para establecer el nivel de bienestar social alcanzado por la población.

Las escalas de vida unifican escalas de síntomas y de bienestar, además de integrar el funcionamiento social del individuo. Escalas específicas para evaluar este último aspecto, incluyen la capacidad de afrontamiento, el estrés percibido, el nivel de apoyo social percibido y la satisfacción vital entre otros. Éstas medidas junto con las ya descritas sobre ansiedad y depresión pueden considerarse como indicadores de la calidad de vida individual y colectiva.

1.6.4. La salud mental como presencia de atributos individuales positivos

Según Jahoda, mencionado en Álvaro, (et.al) en la psicología social existen diferentes formas de concebir la salud mental: dominio del ambiente, autorrealización, autoestima, integración del yo, autonomía y adecuada percepción de la realidad. Jahoda considera la salud mental como el grado de éxito obtenido en diferentes esferas de la vida como son las relaciones interpersonales, el trabajo o la resolución de conflictos, entre otros. De forma similar, psicólogos como Warr (en Álvaro, et.al) destacan el bienestar emocional, la competencia, la autonomía, la aspiración y el

funcionamiento integrado como los principales componentes de la salud mental. Diferentes autores han planteado tales criterios como rasgos positivos de salud mental.

En efecto, como ya se mencionó, las 4 perspectivas son complementarias, pero dado el abordaje que se le dió a la definición de salud, calidad de vida y bienestar social, me enfocaré en la tercer concepción: la salud mental como calidad de vida. Entonces, si la calidad de vida es deficiente y el bienestar social de la población también lo es, hay grandes posibilidades de que la salud mental se vea afectada.

Por tanto, desde esta perspectiva, habrá que revisar la relación que existe entre psicología y salud; más concretamente, la psicología social de la salud, cuáles son sus campos de acción, cómo y qué conductas resultan inapropiadas para el mantenimiento de la salud y cómo el estrés que es tan común en nuestras sociedades, influye de sobremanera en nuestra salud, tanto mental como física. De éstos y otros puntos de importancia tratará el siguiente capítulo.

P SICOLOGÍA Y SALUD

“Buscando alternativas”

Ulises

2. La psicología social y la salud: campos y aplicaciones

Marzillier, J. S., y Hall, J. (1997) y Simón (1993), mencionan que el término psicología se deriva de dos palabras griegas que son: psique, que significa “espíritu” o “mente” y logos que quiere decir “estudio”; entonces, psicología es estudio de la mente.

Ahora, en cuanto a psicología social, Fisher la definió en 1990, como el estudio de las complejas relaciones existentes entre los individuos, los grupos y las instituciones, dentro de una sociedad dada y este sistema de relaciones no solamente está determinado por variables personales, sino por un campo social que le imprime una forma propia y que da lugar a conductas caracterizadas en el plano sociocultural. Según este mismo autor, la psicología social se ocupa de

los procesos que forman las conductas sociales y muestra que el inicio de una conducta está determinado por la naturaleza de las relaciones en las que se halla inmerso un individuo.

Así pues, Rodríguez (1995) menciona -como ya vimos en el capítulo anterior- que la aceptación del concepto integral de salud, con la inclusión de los tres marcos de referencia (el biológico, el psicológico y el social), lleva consigo la exigencia de la aplicación integrada de los conocimientos derivados de cada una de las partes componentes del modelo para resolver problemas de salud, para mantenerla o para promoverla. Es necesario pues, la apelación a las ciencias del comportamiento. Así, la relevancia de las variables comportamentales y psicosociales en importantes problemas de salud, cada día más evidente, y la aparición de un nuevo concepto de salud en el que se integran tales variables para dar cuenta de sus mutuas interacciones, establecieron el escenario para que los psicólogos estudiaran estas cuestiones y les proporcionaron también un papel en el desarrollo de las técnicas para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Cabe aclarar que dentro de la bibliografía revisada, he encontrado que los términos “psicología de la salud” o “psicología social de la salud”, se vienen utilizando

indistintamente (ambas encaminadas al mismo objetivo) por un gran número de psicólogos para denominar la actividad de la psicología social y de sus profesionales en el área de la salud. Aquí nos referiremos como psicología social de la salud.

Así mismo, Postigo (1994) menciona que la psicología social de la salud es el campo, dentro de la psicología, que intenta comprender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de la salud, el proceso por el que se llega a éste y cómo responde una persona cuando está enferma. Dice por un lado, que la psicología social de la salud intenta comprender los cambios que se presentan en una persona cuando se enfrenta a una determinada enfermedad crónica y que además, hace una serie de recomendaciones para la interacción del personal de salud con el paciente. Por otro lado, intenta aclarar, por ejemplo, por qué las personas fumadoras siguen siéndolo a pesar de que saben que éste hábito incrementa el riesgo de cáncer y de enfermedad cardiovascular. Con éste último ejemplo, entramos en uno de los apartados fundamentales de la psicología social de la salud, a saber: el estudio de las variables implicadas en el desarrollo de hábitos de salud (no fumar, hacer ejercicio, dieta adecuada, etc.).

Por tanto, éste mismo autor define a la psicología social de la salud como:

"La suma de las aportaciones docentes y de educación profesional y científicas específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de enfermedad, la identificación de los correlatos y diagnósticos de la salud, enfermedad y disfunciones afines y para el análisis y mejora del sistema para el cuidado de la salud, así como para la configuración de las políticas sanitarias"(Postigo, 1994; p. 20).

En éste mismo rubro, Simón (1993; p. 17) menciona que:

“La psicología social de la salud es el campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o 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 salud existentes en la actualidad”.

Hasta hace relativamente pocos años, la investigación e intervención psicológica en el ámbito de la salud estaba centrada casi exclusivamente en la denominada salud mental. Sin embargo, a partir de la década de los años sesenta, se produce un interés por analizar de forma sistemática las relaciones existentes entre el comportamiento y la salud en general, lo que posibilita el surgimiento de una nueva área de especialización la cuál representa la confluencia de las contribuciones específicas de la psicología básica, psicología social y la psicobiología ocupándose de la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad (Marzillier y Hall, 1997 y Simón, 1993).

Ahora, la base de esta incursión de la psicología social en relación con la salud, según Álvaro, (et.al), es que vivimos formando parte de grupos y definimos nuestra realidad personal por referencia a nuestra circunstancia. Por tanto, en términos generales específicamente referidos al binomio

salud/enfermedad, la conducta del hombre sano y la conducta del hombre enfermo no pueden comprenderse si se les separa de su circunstancia sociocultural; el cambio de conducta no es sólo producto de una destreza personal, sino también de la interacción entre la persona (con su estructura biológica y psicológica) y su entorno social

Así, el papel de los factores psicosociales en la salud no se reduce a su implicación en la etiología de las enfermedades físicas, sino que se extiende a su tratamiento, rehabilitación y consecuencias sintomáticas (siendo, estas últimas, muchas veces los responsables de la mejoría o empeoramiento de una situación aguda o crónica), a la prevención de la enfermedad y a la promoción de conductas saludables.

Esta incursión de lo social y psicológico en la salud, surge por el aumento de las tasas de mortalidad, por enfermedades crónicas frente a las infecciosas y los hallazgos epidemiológicos que ponían de relieve la importancia de los comportamientos en su génesis. Además de la constatación del papel del comportamiento en la etiología y desarrollo de las enfermedades con las tasas más altas de morbilidad y mortalidad actualmente, como el cáncer, el SIDA, las enfermedades cardiovasculares, etc., hay problemas cada día más relevantes, como la desigualdad de acceso a los servicios sanitarios en función de la posición social, la diferencia en prestación de los servicios de salud, el descenso de la calidad asistencial o el incremento de los costos, cuya solución pasa por una reorganización de los recursos disponibles, por un cambio del modo de prestar los servicios y por una educación del usuario sobre la base de análisis para los cuales la psicología social puede ofrecer teorías e instrumentos.

Su aportación ha desarrollado actividades como la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, la mejora del sistema de cuidado de salud y la formación de políticas de salud, basándose en el análisis de las posibles interacciones implicadas en el proceso del mantenimiento de la salud y de la enfermedad y el estudio de la conducta de salud /enfermedad en interacción con otras personas o con productos de la conducta humana.

Sobre esto, Simón (1993) menciona que la investigación epidemiológica ha puesto de manifiesto que un porcentaje muy significativo de los trastornos enumerados está estrechamente vinculado a factores comportamentales. Entre ellos, parecen destacar hábitos de conducta específicos, tales como el abuso del tabaco y alcohol, el creciente consumo de drogas, la sobrealimentación, la falta de ejercicio físico y determinados patrones de personalidad y respuestas al estrés. Igualmente los procesos de aprendizaje y condicionamiento han demostrado poseer un papel de gran relevancia en la génesis y mantenimiento de numerosos problemas considerados tradicionalmente como de naturaleza estrictamente orgánica.

Matarazzo, (mencionado en Postigo, 1994), Barón (1996) y Álvaro, (et.al) hacen referencia a los factores de riesgo asociados a las principales causas de mortalidad, lo cuál nos hace ver que éstos están clasificados dentro del denominado estilo de vida (tabla 1):

ENFERMEDAD	FACTOR			
	E. V.	F. A.	F. B.	C. S.
Enfermedades crónicas	54	09	25	12
Tumores malignos	37	24	29	10
Apoplejía	50	22	21	07
Accidentes (excepto vehículos)	51	31	04	14
Accidentes (vehículos y motos)	51	18	01	12
Diabetes	34	-	60	06
Media total	51%	19%	20%	10%

(Tabla 1 - Influencia estimada en porcentajes de cuatro grupos de factores al comienzo y durante el transcurso de algunos problemas graves; tomado de Postigo, 1994)

En donde: **E. V.** es estilo de vida,
F. A. es factores ambientales,
F. B. es factores biológicos y
C. S. es cuidados de salud.

La influencia estimada en porcentajes de cuatro grupos de factores, al comienzo y durante el transcurso de algunos problemas graves de salud, corresponde por orden a: el estilo de vida (51%), los factores biológicos (20%), las influencias ambientales (19%) y los servicios de cuidados de salud (10%). Se observa cómo el estilo de vida (hábitos de comportamiento) explica más de la mitad de la variación de los datos.

Estas conductas (patógenas) pueden ser en principio, modificadas y repercutir sobre el estatus de salud, y debido a la naturaleza crónica de muchos problemas de salud, la mayoría de las veces el individuo necesita aprender conductas nuevas o modos de comportamiento diversos, así como una reestructuración de su estilo de vida particular anterior, de manera que se adapte lo mejor posible a las secuelas psicosociales del problema de salud,

favoreciendo la rehabilitación y previniendo posibles recaídas. De tal manera, cualquier trabajo de investigación, sobre la salud es imposible sin conocer el contexto psicológico y social donde ésta se experimenta y tiene lugar.

Además de esto, hay cuatro suposiciones básicas que han contribuido al rápido desarrollo de la psicología social de la salud: 1-Que determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades o, que la conducta es un factor de riesgo. 2-Que la modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud. 3-Que el comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad y 4-Que las intervenciones psicológicas pueden resistir (con balance favorable) un análisis de costo-utilidad/eficacia.

En resumen, se puede mencionar que:

- a) La salud se considera un derecho social básico, así la ley general de sanidad amplía el concepto de salud, incorporando aspectos no estrictamente médicos y la entiende como un concepto integral que incluye la promoción, prevención, rehabilitación y reinserción. Se insiste además en que el valor básico de la política sanitaria será la salud.

- b) Durante el presente siglo se ha presentado un cambio radical en las tasas de morbilidad y mortalidad y en estas pautas, se ha constatado que lo importante no es lo que la gente tiene sino lo que hace. Ésta cuestión hace que en la actualidad la investigación epidemiológica sea bastante psicosocial.

c) La aparición, desarrollo y aplicación del análisis funcional de la conducta y de la terapia del comportamiento a un gran número de problemas de salud, con un gran número de resultados positivos, ha abierto en el área asistencial la posibilidad de que las intervenciones psicológicas puedan recomendarse como alternativas o como complemento a la intervención biomédica.

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

Postigo (1994) resume las distintas áreas de estudio y de aplicación de la psicología social de la salud.

Áreas de estudio

El psicólogo social de la salud está interesado por:

- ☞ Los aspectos psicológicos de la promoción y el mantenimiento de la salud.
- ☞ Los aspectos psicológicos de la prevención y el tratamiento de la enfermedad.
- ☞ La etiología y los correlatos de la salud, la enfermedad y disfunciones (la etiología hace referencia a los orígenes o causas de la enfermedad).

- ☞ Por los factores psicosociales que contribuyen a la salud y la enfermedad.

- ☞ El impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de los pacientes desarrollando recomendaciones en el ámbito del tratamiento y de la interacción del sujeto con los profesionales y el sistema sanitario.

Weinman (1990, mencionado en Postigo, 1994) añade al respecto que la psicología social de la salud se centra en el estudio teórico y aplicado de los siguientes temas:

- Los comportamientos como factores de riesgo para la salud.
- El mantenimiento de la salud a través de los comportamientos (inmunisadores).
- Las cogniciones acerca de la cognición salud-enfermedad.
- La comunicación, toma de decisiones y adherencia.
- El medio ambiente en que se produce el tratamiento, incluyéndose las técnicas quirúrgicas y no quirúrgicas a las que los pacientes son sometidos.
- El afrontamiento de la enfermedad y la incapacidad.

Como podemos ver en este punto, el quehacer de la psicología social en el área de la salud es de gran relevancia teniendo como mayor campo de acción la promoción de las conductas que fomentan la salud y la prevención de conductas de riesgo sobre la salud. Sobre éstos tópicos tratará el siguiente punto.

2.1. La psicología en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad

Un área importante de la psicología social de la salud es precisamente la psicología preventiva, por lo cuál, éste punto tratará de los aspectos más relevantes al respecto. Sin embargo, hago mención de que la bibliografía disponible, o por lo menos la revisada, en muchas ocasiones resultó muy redundante y repetitiva, a pesar de no ser relativamente amplia.

En primer lugar, Buela-Casal (1997, Pág. 42) define a la psicología preventiva como:

“...Un campo de investigación-acción interdisciplinaria que desde una perspectiva proactiva, ecológica y ética y una conceptualización integral del ser humano en su contexto sociomaterial (o sociocomunitario) real y concreto, trata de utilizar los principios teóricos y la tecnología de la intervención actualmente disponible en cualquier disciplina que resulten útiles para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud física y mental y la calidad de vida en el ámbito comunitario, tanto a corto como a largo plazo”

Y para tener un panorama más claro de lo que es la psicología preventiva, el mismo autor resalta las características más relevantes de tal definición:

- a) Se destaca la interdisciplinariedad de la psicología preventiva; esto se evidencia en la utilización de todo conocimiento que resulte útil para la promoción de la salud y de la calidad de vida, independientemente de la disciplina de la que proceda.

- b) Considerar al ser humano y su contexto sociomaterial desde una perspectiva ecológica y con una contextualización integral según la cuál se trata de considerar una orientación totalizante y globalizadora del ser humano en su hábitat social y material.
- c) Ser proactiva, lo cuál se pone de manifiesto en que las intervenciones se dirigen directamente a poblaciones que se hallen o no en elevados niveles de riesgo. En caso de que la intervención se dirija a poblaciones o sujetos que se hallen en una situación de riesgo y se les entrene o intervenga para superar y afrontar las situaciones estresantes con las que se va a encontrar, se habla de prevención proactiva.
- d) Utilizar los principios teóricos y la tecnología de la intervención actualmente disponibles procedentes de cualquier campo de conocimiento (por ejemplo la sociología, la psicología, la medicina, la psiquiatría, etc.) que pueden resultar prácticos, útiles o funcionales para la promoción de la salud y calidad de vida tanto en el ámbito individual como comunitario.
- e) Los principios teóricos y prácticos de la promoción de la salud tienen necesariamente que llevarse a cabo siempre desde una perspectiva ética, respetando siempre los derechos y deberes individuales y comunitarios de los individuos reales y concretos.
- f) Toda intervención preventiva se llevará a cabo desde una visión totalizadora o unidad biopsicosocial, de la salud y calidad de vida del ser humano en una comunidad o contexto sociomaterial delimitado desde una perspectiva integral.

Según Ruíz (1984), Rodríguez (1995) y Buela-Casal (1997), la prevención tiene el objetivo de evitar o reducir la incidencia de una determinada enfermedad o problema y dichos esfuerzos han sido categorizados en tres niveles de intervención que tienen el objetivo de promover una mejor calidad de vida, tales niveles son:

1. Nivel primario, dirigido a evitar o reducir la incidencia de casos;
2. Nivel secundario, orientado a reducir los efectos adversos, resultado de la incidencia de casos, y
3. Nivel terciario, enfocado al control de dichos efectos adversos una vez presentes.

Por su parte, Buela-Casal (1997), dice que el concepto de prevención había sido enmarcado tradicionalmente dentro del contexto del modelo biomédico por lo que su pretensión era evitar que el cuerpo humano se afectara, esto sin considerar los elementos psicológicos y sociales que mediatizan el complejo proceso de contraer una enfermedad o desarrollar un problema. Sin embargo, ahora dentro de la perspectiva biopsicosocial, se persigue la activación y autorresponsabilidad de las personas respecto a su salud. Respetar ese conocimiento y fomentar el autocontrol es lo que conocemos como promoción de la salud, de lo cual hablaremos más adelante. Para que la intervención facilite que la persona o personas concernidas asuman el control del proceso, las/os profesionales han de negociar con esta/s las estrategias de acción a implantar, derrumbando así la noción de paciente. Se trata, por tanto, a la persona y su situación como un todo, no sólo a la enfermedad.

Rodríguez (1995) menciona que mientras que la prevención es un concepto relacionado con la enfermedad, la promoción es un concepto relacionado con la salud y más amplio que el de la prevención ya que implica no sólo la protección y el mantenimiento de la salud, sino también la promoción del óptimo estado vital físico, mental y social de la persona y de la comunidad. La promoción supone la instauración y mantenimiento de comportamientos no sólo saludables, sino potenciadores de las capacidades funcionales, físicas, psicológicas y sociales de la persona. La promoción de la salud se lleva a cabo básicamente mediante la educación sanitaria que representa una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos, a fin de que adquieran y conserven hábitos de salud sanos, aprendan a usar juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y estén capacitados para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven.

Referente a esto, Jiménez (1998) dice que un hábito de salud es una conducta relacionada con la salud, que está firmemente establecida y arraigada en el repertorio comportamental y que se supone en marcha automáticamente, es decir, sin que exista una clara conciencia o voluntariedad por parte del sujeto. Así, la promoción de las conductas saludables requiere que las personas sean conscientes de la conexión que existe entre la conducta y la salud y conozcan qué implicaciones conlleva ponerla en práctica. El primer paso para promocionar la salud es proporcionar a las personas una información apropiada que guíe sus acciones e interesarlos por adquirir la información relevante lo cual no siempre es fácil ya que la gente tiene que atender selectivamente a nuestro mensaje en medio de un auténtico bombardeo informativo en que se encuentra; además, el

mensaje debe ser presentado de forma comprensible para la audiencia predisponiendo a que se ponga en práctica.

Un elemento indispensable dentro de la prevención de las conductas de enfermedad y la promoción de la salud, es conocer las conductas de enfermedad de las cuáles tanto se habla y sobre las que tratará el siguiente punto.

2.2. Conductas de enfermedad

Como ya se mencionó anteriormente, la psicología social de la salud estudia entre otras cosas, los factores por los cuáles los individuos se mantienen saludables o que favorecen las conductas sanas y los factores por los que se adoptan conductas y hábitos de riesgo o perjudiciales. Así, en éste tópico, trataré el último punto: los hábitos y conductas de riesgo, los cuáles Jiménez (1998) a denominado conductas patógenas, definiéndolas como aquellas conductas que nos hacen más susceptibles de contraer enfermedad, y yo complemento esta definición diciendo que son conductas patógenas las conductas que llevamos a cabo en nuestra vida diaria aun cuando sabemos que nos es perjudicial y todos aquellos hábitos que se han hecho tan cotidianos en nuestra vida pasando desapercibidos sin darnos cuenta de que manera nos afectan.

Bowden (1990), Videla (1991) y Gallar (1998) coinciden al mencionar que una gran parte de las conductas de enfermedad están relacionadas con factores socioculturales y exponen tres factores relevantes en la vida de las personas. Un cuarto factor lo expone Jiménez (1998).

- **Nivel socioeconómico.-** Las personas con escasos recursos materiales tienden a recurrir más a menudo a la medicina popular, por lo que suelen acudir a un centro sanitario más tardíamente que los de nivel socioeconómico alto, muchas veces debido a la infravaloración o ignorancia de las características y consecuencias de su enfermedad. Valoran los síntomas leves como correspondientes a enfermedades leves y viceversa. Si no padecen lesiones que no son especialmente dolorosas o que no impiden seguir con una vida normal, tienden a restarles importancia, retrasando así el diagnóstico y el tratamiento. Merece destacarse que los sujetos con mayor nivel económico consiguen la prestación de los servicios sanitarios cuando los necesitan debido a un mejor conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, a una mejor habilidad para solventar problemas burocráticos relacionados a su accesibilidad y a una mejor capacidad de comunicación con el personal médico; Bolstansky (en Videla, 1991) dice que para los miembros de los sectores de bajos recursos, el cuerpo no constituye un motivo de preocupación constante: es generalmente usado como herramienta y entonces sólo suele interesarles que funcione para poder trabajar. Esto es causa de que generalmente la enfermedad aparezca de manera brutal; no tienen una actitud previsoras.
- **Grupo étnico.-** En los mexicano-americanos estudiados en el sur de California y en el sur de Texas, los hombres en particular, se resisten a aceptar su condición de enfermos por que buscar ayuda no es "de hombres". Estar enfermo, en especial, mentalmente enfermo, significa arriesgarse a perder respeto dentro del barrio. Existe tendencia a culpar fuerzas externas por sus enfermedades o, en el caso de trastornos emocionales, a atribuir la causa a enfermedad orgánica. Es frecuente el uso de medicina popular; sin embargo, en cualquier cultura, hay gente que niega o ignora los síntomas más obvios. Esto

sucede especialmente cuando la condición está diseminada, cuando no hay remedio efectivo o barato o cuando los síntomas son episódicos y no amenazan el bienestar de la comunidad. Tal es el caso de resfriados, reacciones alérgicas y trastornos emocionales relacionados con la menstruación.

- **La religión.**- El antiguo testamento habla del famoso "pecado original", la trasgresión provoca la ira de Dios que castiga a la humanidad, hace "padecer dolores de parto a las mujeres" y otros males. Es quizás la genérica y universal condena a la enfermedad como forma de represión por la falta de sometimiento e intento de autonomía. En el levítico, los números y el deuteronomio se dice: "te herirá el señor con las úlceras de Egipto... y también con sarna y comezón. Te castigará el señor con la locura, la ceguera y el frenesí...". Todo éste primitivo pensamiento se encuentra profundamente instalado en nuestro inconsciente. En el nuevo testamento, dice: "y al ver su fe, Jesús dijo al tullido: ten confianza hijo que perdonados te son tus pecados. Levántate y anda". El hombre según la religión judeo-cristiana, debería soportar pasivamente el sufrimiento de la enfermedad, por que ésta constituye una forma de expiación de los pecados cometidos. En 1926, el papa León XII condena el uso de preservativos –condena aún vigente- por que considera a las enfermedades venéreas como un "justo castigo a los pecados de la carne". Durante la edad media predominaba la idea de enfermedad como posesión demoníaca como causante de múltiples males y la forma de curación era el exorcismo. Esto ha influido por siglos notándose en expresiones verbales como son: "le atacó una gripe, lo invadió el cáncer, se defiende, enfrentó al mal, logró vencerlo", etc. Estas concepciones de la enfermedad -castigo de Dios por trasgresión de normas o posesión del sujeto por fuerzas extrañas- implica una ideología determinista de la patología, para la cuál el enfermo aparece como pasivo sin posibilidades de defensa, dependiente para

su curación del perdón de sus pecados que logrará mediante ceremonias expiatorias o exorcistas. Lo que la medicina llamaría mas tarde agente patógeno está en estos casos identificado con una fuerza externa, dañina y vengativa, capaz de destruir y matar, todopoderosa, a quien la persona debe reverenciar, obediencia y sumisión. Cotidianamente escuchamos a quien enferma preguntarse "¿qué hice yo para merecerlo?" (Videla, 1991).

- Estilos de vida.- Jiménez (1998) define estilo de vida como el conjunto de pautas de conductas y hábitos cotidianos de una persona, es decir, su forma de vivir en una dimensión individual en cuanto integra las características de personalidad, los acontecimientos vitales, los hábitos de vida, las estrategias de afrontamiento y la vulnerabilidad. Este autor expone mediante una tabla (tabla 2) una amplia lista de conductas patógenas que están fuerte y directamente implicadas en las principales causas de mortalidad (las más frecuentes están marcadas con asterisco):

Listado de conductas patógenas o de riesgo	
<p><u>Actividad</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - No hacer ejercicio físico. - Realizar esfuerzos físicos o bruscos. - Agotarse físicamente. <p><u>Amigos y entorno social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - No disponer de tiempo para relacionarse socialmente. - Romper comunicación con vecinos y conocidos. - Desinterés por actividades recreativas. <p><u>Drogas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Fumar.* - Beber alcohol.* - Consumir cocaína, heroína, etc.* <p><u>Higiene personal</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - No cepillarse los dientes tras comidas. - No ducharse o lavarse diariamente. - Descuidar higiene de cabello, pies y ojos. - No lavarse las manos antes de comer. - Descuidar la limpieza de la ropa. <p><u>Trabajo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Mala relación con compañeros, jefes, etc. - Insatisfacción con el equipo de trabajo. - Participación en conflictos laborales. 	<p><u>Alimentarios</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abusar de alimentos dulces, salados o grasosos. - Comer en exceso, “picar” entre comidas. - No seguir una dieta equilibrada. - Comer demasiado rápido. - No vigilar el peso. - Saltarse comidas arbitrariamente. <p><u>Descanso</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Trasnchar. - Dormir pocas horas. - Dormir en exceso. <p><u>Pareja y familia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de comunicación. - Discusiones frecuentes. - Aficiones del tiempo incompatibles. - No enfrentar los problemas cotidianos. <p><u>Relaciones sexuales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Insatisfacción sexual. - Mala planificación de las relaciones sexuales. - Inestabilidad.- Falta de higiene. - Promiscuidad sexual. <p><u>Otros comportamientos de riesgo</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conducir temerariamente: velocidad, alcohol, etc.* - Falta de medidas de seguridad en el trabajo. - Comportamientos de riesgo domésticos (tóxicos, electricidad, etc.)

Tabla 2.- De La Torre (1995) y Bishop (1995), mencionados en Jiménez (1998).

Ante éste análisis sobre las conductas patógenas, cabría dar un rápido vistazo a la forma de vida que llevamos y determinar en qué medida dentro de nuestro entorno -y nosotros mismos- llevamos a la práctica algunas de éstas

conductas de manera consciente e inconsciente. Por esto, la psicología social de la salud ha estudiado diversas formas de modificar tales conductas y hábitos perjudiciales surgiendo así lo que se ha llamado “educación para la salud”, punto que Álvarez (1995) desarrolla a continuación.

2.3. La educación para la salud

La educación para la salud es la enseñanza que pretende conducir al individuo y la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta para la aplicación de medios que le permitan la conservación y mejoramiento de su salud. Es además una acción que tiende a responsabilizarlos tanto de su propia salud como la de su familia y la del grupo social al que pertenecen. Ésta es una labor difícil y permanente que requiere un claro conocimiento de las necesidades, intereses y aspiraciones de la población, así como de su cultura, es decir, cómo piensan, sienten, creen y actúan. Algunas consideraciones acerca de éste concepto son que, aunque la información es necesaria, no es suficiente y sólo puede hablarse de educación cuando se ha conseguido un cambio favorable para la salud; que la educación para la salud es enseñanza-aprendizaje; por tanto, involucra a quienes la imparten y a quienes la reciben: aquellos informando y motivando y éstos realizando el cambio que se pretende conseguir con base en sus motivos o intereses; que el cambio de actitud y conducta solo podrá alcanzarse mediante la aceptación y adopción conscientes de las medidas de salud propuestas: es una acción que deben llevar a cabo los individuos que se educa; que la educación para la salud busca un proceso de cambio, es decir una sustitución o modificación de los hábitos o costumbres establecidos: si son negativos, hay que cambiárselos por acciones favorables para su salud. Dicha sustitución, resultado de la acción voluntaria de los propios

individuos, es con frecuencia lenta y progresiva y que la autorresponsabilidad en la salud implica aprovechar los recursos disponibles para alcanzarla, no sólo para el bienestar personal y familiar, sino también para el de la colectividad.

Así mismo, la educación para la salud puede aplicarse de manera individual o colectiva. En ambos casos puede dirigirse a la promoción y fomento de la salud y a la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, al fomento de la auto-responsabilidad para la salud y a la participación comunitaria en las acciones de salud. La educación que se dirige a un individuo en particular se realiza a través de la entrevista personal y la educación dirigida a la comunidad tiene como propósito informar de la realización de un programa señalando sus objetivos y las actividades que lo conforman; ésta debe cumplir con los siguientes puntos:

- **El análisis del problema** que es el diagnóstico de salud de una comunidad que forma parte de la planeación de los programas sanitarios en general. Éste diagnóstico incluye: el conocimiento de los factores condicionantes de la salud (ubicación geográfica, condiciones socioeconómicas y culturales de la población y saneamiento ambiental). Los daños a la salud, que se conocen a través de los índices de morbilidad y mortalidad y los recursos materiales y humanos de que se dispone para mejorar la salud colectiva. El educador debe basar su labor en el diagnóstico de salud y en el problema que se pretende modificar, de modo que su acción constituya un apoyo real y eficaz a los programas en desarrollo.
- **La sensibilización** que es una explicación no muy detallada de los propósitos y de las actividades del programa y pretende despertar cierto interés en el público para aprovechar los beneficios del mismo.

- **La publicidad o propaganda** que es indispensable en la educación colectiva ya que se utiliza para ella, la radio, la televisión y la prensa, así como la distribución de carteles y folletos; estas acciones deben complementarse con pláticas informativas.

- **La motivación** pretende despertar el interés en los individuos y decidirlos a aceptar voluntariamente lo que se les propone. Como se sabe, la motivación es una acción doble en la que interviene tanto el educador como las personas a quien se educa.

- **La educación** pretende un cambio de conducta favorable a la salud. Sólo cuando se ha logrado éste cambio, puede decirse que la educación se ha realizado.

Ahora, Buela-Casal (1997) menciona una serie de características acerca de por qué las personas fracasan en comportarse de una forma saludable:

- a) Carencia de motivación, pues para comportarse de una forma saludable la motivación para hacerlo resulta una variable determinante. Por ejemplo, un individuo no conduce bajo unas condiciones de bajo riesgo controlables debido a que no se siente motivado para hacerlo, o un sujeto no hace ejercicio físico por que no quiere, por que no se siente motivado para hacerlo.

- b) Ausencia de perseverancia, según la cuál, si una persona intenta comportarse de una forma saludable durante un tiempo y sus intentos no resultan exitosos, termina por perder la motivación para hacerlo y abandona sus buenos y saludables propósitos iniciales.

- c) Utilizar la habilidad de una forma incorrecta, lo cual se evidencia en que un determinado individuo conoce cómo hacer algo, se siente motivado para hacerlo, pero emite una conducta incorrecta y al no tener resultados positivos, desiste.
- d) Incapacidad para trasladar el pensamiento a la acción, es decir, un sujeto conoce qué es lo que tiene que hacer para comportarse de una forma saludable (no tomar bebidas de forma patológica), pero se siente incompetente para llevarlo a la práctica y ya no lo intenta.
- e) Falta de habilidad para completar las tareas y para llevarlas hasta el final.
- f) Miedo a iniciar por temor al fracaso.
- g) Dilación, que consiste en dejar las cosas para un tiempo posterior en vez de comenzar de una forma inmediata.
- h) Mala atribución de culpa que hace que los individuos se sientan culpables cuando realmente no debería ser así. Por ejemplo, cuando un determinado sujeto se siente culpable de todos los fracasos que le acontecen, incluso de los que no tiene ningún control, pudiendo no querer aventurarse en nuevos intentos.
- i) Excesiva dependencia, que se puede evidenciar en la falta de autonomía personal y en la dependencia social del individuo en su comportamiento cotidiano.

- j) Carencia de concentración, que se evidencia en que la persona no puede focalizarse en una conducta concreta y específica e implementarla en un contexto sociocultural específico.
- k) Incapacidad para retrasar la gratificación, que se evidencia en que la persona que emite una determinada conducta no puede retrasar su ejecución, sino que la tiene que materializar aquí y ahora. Por ejemplo, el sujeto no puede retrasar el tiempo de fumar un cigarrillo con el objetivo de fumar menos.
- l) Autoconfianza insuficiente para conseguir algo. Por ejemplo un determinado sujeto puede tener mucha o poca autoconfianza para llevar a cabo una conducta concreta saludable (evitar la automedicación).

Resulta un elemento de gran importancia la función preventiva de la psicología social de la salud al educar a la población para mantener su salud de manera que se evite, dentro de lo posible, el llegar a enfermarse lo cuál genera, además de sus implicaciones físicas, repercusiones psicológicas como lo veremos en el siguiente punto.

2.4. Repercusiones psicológicas del enfermar

En lo referente a éste punto, Llor, B., Abad, M., García, M. y Nieto, J. (1998) mencionan las características genéricas de la situación de la enfermedad:

- Invalidez. La situación de enfermedad produce siempre algún grado de invalidez. El enfermo se encuentra ante la imposibilidad de desarrollar una actividad normal.

- Malestar. Siempre existe una situación de malestar en forma de dolor, sufrimiento o molestia.

- Amenaza. La enfermedad tiene un componente de amenaza, en el sentido psicológico de muerte biográfica ya que la enfermedad impide realizar ciertas acciones de futuro.

- Fenómeno de absorción por el cuerpo. Todos tenemos sensaciones cenestésicas generales que pasan inadvertidas y no son en ningún caso motivo de preocupación. En la enfermedad, la cenestesia, es decir la información que recibimos de nuestro cuerpo, pasa a ocupar un primer plano en nuestra atención y por lo tanto la corporalidad y el funcionamiento corporal pasan a ser el centro de las preocupaciones del sujeto quien es un individuo absorbido por el cuerpo, pendiente en todo momento por su funcionamiento corporal.

- Soledad. Se manifiesta en dos sentidos: en primer lugar por que todas las vivencias de malestar tanto psíquico como físico son intransferibles a los demás; el paciente está solo con su enfermedad y su malestar. En segundo lugar, por que el enfermo deja de participar en la vida social ya que no puede desempeñar su rol normal, ir al trabajo, relacionarse con los demás, etc.

- Anomalía. Marginación. La situación de enfermedad supone una anomalía social, un estado de desviación de la norma. La enfermedad en sí se comporta como un estado de desviación social.

- Recurso. Entendido como el sentido o significado de la enfermedad. Para muchas personas, la enfermedad puede ser considerada como un castigo, un reto, un desafío, un enemigo a vencer, etc.

Además de éstas características, el paciente presenta:

- ▶ Ansiedad entendida como miedo falseado. Existe una tendencia en el paciente a interpretar la realidad de forma poco objetiva. Se imponen modos de pensamiento irracional y se desarrollan formas de pensamiento mágico. Esto se manifiesta en algunas ocasiones en la tendencia a desarrollar una conducta desorganizada y a veces desadaptativa.
- ▶ Elevados niveles de autocentrismo y egocentrismo. El paciente tiende sólo a pensar en sí mismo, sufriendo las actitudes y los intereses del mismo como una remodelación que puede ir desde cambios mínimos hasta transformaciones sustanciales en las cuales el sujeto abandona prácticamente sus relaciones exteriores para centrarse en sus problemas en torno a la enfermedad.
- ▶ Regresiones infantiles con manifestaciones claras de dependencia. Ésta se manifiesta con respecto al medio en el sentido más claro de establecer cauces nuevos o remodelaciones de los antiguos en cuanto a las relaciones sobre todo en el medio familiar.

Con éstas características expuestas, es evidente que el estar enfermo puede generar altos niveles de estrés, mismo que se ha convertido en uno de los principales causantes o desencadenantes de algunas enfermedades graves para la salud, tema que abordaré más adelante. Estos niveles de estrés pueden estar

acompañados o ser antecedentes al dolor psicológico, que afecta en gran medida a la salud, del cuál haremos una revisión en el siguiente punto y posteriormente, abordar de forma clara el tema del estrés.

2.5. El dolor psicológico

Según Fernández (1989) el dolor y el sufrimiento toman en el campo psicológico formas muy diversas. A menudo el sujeto les adscribe un significado personal tan elevado, que con ello toman el rango de vivencia. Se le llama vivencia a toda experiencia vivida por uno mismo que tiene una especial significación por lo que deja una huella viviente en la personalidad. Lo anodino y lo cotidiano no son por lo tanto, materia vivenciable. Lo displacentero, donde se incluye el dolor y el sufrimiento, es vivido por el sujeto, con más profundidad psicológica que lo placentero. Aquí entendemos por qué el índice de vivencialidad es en lo displacentero mucho más alto que en lo placentero.

Los sentimientos placenteros suelen ir acompañados de una expansión mundana de la personalidad. El ser se pone fuera de sí y se disuelve en la trivialidad de lo cotidiano. Éstos sentimientos conducen a la fiesta y la celebración. El sufrimiento, en cambio, conduce a menudo al ser humano al ensimismamiento, con lo que se produce un aislamiento de todo lo exterior e interior que no guarda relación con el contenido de la vivencia mortificante. El dolor mismo pasa por que es olvidado con bastante rapidez y quizá para siempre. Pero lo que subsiste y jamás se borra es la huella indeleble que deja grabada en la personalidad, el sufrimiento vivenciado por el hombre. Tal huella, muchas veces se traduce en un radical cambio de comportamiento y de postura frente al estilo de vida (el cuál bien puede beneficiar o perjudicar la salud).

Según éste autor, hay dolor carnal, dolor vital (sobre todo humor depresivo y ansiedad), dolor psíquico (principalmente tristeza, desesperanza y miedo) y dolor espiritual (angustia y culpa). Y dentro de los sentimientos displacenteros, las notas definitorias de la vivencia (intensidad de lo vivido y modificación residual de la personalidad) abundan más entre los sufrimientos psíquicos y espirituales que entre los dolores somatovitales. Esto es debido a que nuestras ideas y reflexiones modifican mucho más fácilmente el sufrimiento anímico-espiritual que el sufrimiento físico quedando así confirmado que lo displacentero anímico y espiritual tiene más valencias de vivencialidad que lo displacentero físico. Sin embargo, las vivencias de angustia existencial, social, metafísica y religiosa son experiencias sumamente positivas por activar el proceso de antropogénesis y facilitar el desarrollo en profundidad de la existencia humana.

Para complementar lo dicho por el autor, Nasio (1998) menciona que a diferencia del dolor corporal causado por una herida, el dolor psíquico sobreviene sin daño tisular. El motivo que lo desencadena ya no se localiza en la carne. Él define el dolor psicológico como el afecto que resulta de la ruptura brutal del lazo afectivo que nos vincula con el ser o la cosa amados.

Yo agregaría a esta definición que no sólo la ruptura brutal e inesperada sino también la ruptura ya contemplada como podría ser la pérdida de un ser querido que estaba dasausiado y sólo se esperaba su muerte.

El autor continua diciendo que ésta ruptura violenta y súbita –o ya sabida– suscita inmediatamente un sufrimiento interior vivido como un arrancamiento del alma, como un grito mudo que emana de las entrañas. Esta ruptura provoca un estado de shock semejante al inducido por una violenta agresión física, la

homeostasis del aparato psíquico queda rota. La percepción de ese caos se traduce inmediatamente en la conciencia por el vivo sentimiento de un atroz dolor interior; se sabe o se cree que hay una pérdida brutal e irremediable.

Mientras que el dolor es la reacción a la pérdida efectiva del vínculo con el objeto o persona, la angustia es la reacción ante la amenaza de una eventual pérdida.

Tomando en cuenta lo dicho por el autor y continuando con ésta línea, tenemos que si la reorganización y reestructuración de ideas que debe seguir a la separación o muerte que llamamos “duelo”, no se cumple y la persona permanece en la negación del suceso, el duelo puede quedar en un estado crónico que mantiene a la persona en un estado depresivo durante mucho tiempo o durante toda su vida. Por tanto, asegura el autor que lo que hace daño no es el hecho de perder a quien amamos sino el hecho de seguir amándolo más intensamente que nunca, cuando lo sabemos irremediablemente perdido. Amor y saber entran en disyunción. Semejante rebelión contra la suerte, tal negación de la pérdida es a veces tan tenaz que la persona en estado de duelo roza la locura pero atempera el dolor.

Pero menciona Fernández (1989) que el dolor no en todos es malo, para ciertas personas es grato y placentero y tiene la peculiaridad de ser una paradójica imagen del dolor, en la que éste, sin abandonar su atributo de experiencia displacentera, se convierte en vehículo de placer y satisfacción. Ello ocurre sobre todo en tres clases de personas: los masoquistas, los ansiosos de evasión y los ansiosos de estimación. Para las personas de orientación masoquista, el placer implicado en el dolor procede directamente del displacer

constitutivo del mismo dolor. Con ello se satisface el sentimiento de culpa que les domina y corroe. Algunos sujetos necesitados de evasión y ansiosos de estimación, viven las consecuencias del dolor llamadas ganancias secundarias como auténticas ganancias. Entre ellas sobresalen el abandono de los deberes y las responsabilidades, la suspensión del trabajo, las muestras de cariño y atención de los demás.

Ahora, como ya se mencionó con anterioridad, tanto el estar enfermo como el dolor físico y psicológico causan estrés el cuál, después de ciertos niveles puede ser incluso mortal. Para entender mejor éste aspecto, se va a ampliar en el siguiente punto.

2.6.-El estrés como causa del enfermar

Según Gallar (1998), el término estrés proviene de la física y literalmente alude a la fuerza externa o presión aplicada sobre un objeto. En psicología, definimos estrés como la respuesta psicológica y fisiológica del organismo frente a un estímulo (agente estresante o estresor) que supone una amenaza a la situación de normalidad del individuo y de su entorno social. Gili (1994, en Gallar, 1998) dice que es la reacción que se produce cuando las demandas ambientales activan el organismo más rápidamente de lo que puede asimilar la capacidad de adaptación del mismo.

Psicológicamente el estrés se traduce como una tensión emocional que nos permite enfrentarnos ante un problema (por ejemplo la enfermedad) con el fin de darle una solución inmediata. A éste estado emocional lo denominamos ansiedad, cuya intensidad varía desde un nivel mínimo (inquietud) hasta un nivel

máximo (la angustia). La ansiedad aludiría al estado de temor, de sensación (desagradable) de peligro o amenaza que incita a una conducta específica hacia el estímulo que lo provoca; dicho de otra manera, es el estado emocional, conductual o actitudinal con que afrontamos ese estímulo real, pero que también puede originarse sin estímulo o causa aparente.

Fisiológicamente, con el estrés se produce una serie de cambios que Valdez y Flores (1995 en Rodríguez, 1995) mencionan con mayor detalle: el estrés implica una sobrevaloración biológica promovida por la acción funcional del sistema reticular. La actividad del sistema simpático incrementa la presión sanguínea, la tasa cardíaca, el pulso, la conductividad de la piel y la respiración. Además, las respuestas endocrinas de las glándulas adrenales colaboran con el aumento de esa actividad, al excretar altos niveles de catecolaminas (epinefrina y norepinefrina) de corticosteroides (sobre todo de cortisol). Se produce además una disminución de la actividad intestinal, una mayor dilatación bronquial, vasoconstricción cutánea y vasodilatación muscular y una buena parte de las enfermedades y los trastornos tiene su explicación en una vivencia estresante. Como ya se mencionó, el estrés produce cambios en el sistema biológico que afectan a la salud. Según Rodríguez (1995) los niveles elevados de hormonas (catecolaminas y corticosteroides) tienen efectos negativos sobre el sistema cardiovascular, conduciendo a la formación de placas de ateroma en la pared de los vasos, reduciendo el calibre de las arterias y produciendo cardiopatía isquémica, que se manifiesta principalmente como angina de pecho o infarto de miocardio. Por otro lado, la liberación de tales hormonas durante la activación y durante el episodio o situación estresante puede alterar el funcionamiento del sistema inmune. Los datos procedentes de la experiencia animal y de la clínica humana apoyan la existencia de efectos inmunosupresores del estrés. La acción

de los estímulos estresantes sobre la actividad del sistema inmune se expresa mediante fenómenos alérgicos, infecciones, enfermedades autoinmunitarias y formación de neoplasias. El desarrollo de enfermedades -por fracaso del sistema inmune, debido al estrés principalmente- son causadas por factores psicológicos y se han denominado tradicionalmente enfermedades psicosomáticas y actualmente reciben el nombre de trastornos psicofisiológicos o trastornos por somatización. Entre ellas cabe destacar, las úlceras de estómago y duodeno, el asma, el dolor de cabeza crónico, ciertas enfermedades de la piel, enfermedades cardiovasculares, e incluso el cáncer.

En suma, el organismo se prepara para consumir una energía necesaria para la confrontación con el estímulo amenazante, para la “lucha o huida”. Todo esto produce respuestas cognitivas que trastorna nuestra memoria y nuestra atención en el curso de una tarea competitiva.

Este proceso de estrés fue descrito por Seley (mencionado en Barón, 1996) como un mecanismo de defensa que denominó Síndrome General de Adaptación. La intensidad de éstos cambios sería directamente proporcional al tipo de agente estresante así como su significado y consta de tres etapas:

1. Etapa de alarma en que la activación del sistema simpático libera hormonas que permiten que el cuerpo se prepare para enfrentar los peligros o amenazas. Sin embargo, si el estrés se prolonga empieza la etapa de *resistencia*.
2. Etapa de resistencia en que la activación es menor que durante la etapa de alarma pero que el cuerpo continúa produciendo recursos a una tasa superior

a lo normal para enfrentar de manera efectiva al estresor. La exposición continua al mismo estresor o a otros estresores consume los recursos del cuerpo y conduce a la tercera etapa, *el agotamiento*.

3. Etapa de agotamiento durante la cuál nuestra capacidad de resistencia es consumida y aumenta nuestra susceptibilidad a la enfermedad. En casos severos de estrés físico prolongado, el resultado puede ser la muerte.

Así, Gallar (1988) continua diciendo que el estrés produce ansiedad, pero no necesariamente el sujeto con ansiedad padece de estrés, pues aquella puede no tener causa aparente. De hecho, muchas personas que sufren de ansiedad no saben por qué la sufren.

Es obvio que el objetivo primordial del estrés tiene un carácter positivo: una reacción para resolver una amenaza; sin embargo, es más popular su connotación negativa: cuando decimos que alguien tiene estrés o está estresado, no solemos entenderlo como un estado psicosomático óptimo, precisamente. Para aclarar esta posible contradicción, debe incluirse el factor tiempo: es el estado de estrés permanente lo que resulta perjudicial ya que cuando se prolonga en el tiempo es por que esa respuesta que damos a los estímulos estresantes, resulta insuficiente para afrontarlos. Entonces, el propio estrés se convierte en un problema. Por eso su significado popular es negativo. Por tanto, estrés y ansiedad constituyen un problema de salud desde el momento en que se extiende en el tiempo.

Bayès (en Rodríguez, 1995) menciona que hay una gran variedad de fuentes de las que puede provenir el estrés y las clasifica en tres:

1. Fuentes personales, en donde se incluyen las situaciones de conflicto el cuál surge cuando se dan simultáneamente dos o más tendencias de respuestas que son incompatibles entre sí, por ejemplo, las situaciones en donde la persona tiene que elegir entre dos alternativas igualmente atractivas y deseables; en donde la persona tiene que elegir entre dos alternativas igualmente indeseables; en donde la persona quiere alcanzar un objetivo, al mismo tiempo que le da miedo obrar de esa manera; cuando el acercamiento a cualquiera de los dos objetivos lleva consigo una tendencia a evitarlo, puesto que supone la pérdida del otro y cuando la persona está enferma.

2. Fuentes familiares, en donde podemos mencionar la muerte del cónyuge o algún miembro de la familia, el nacimiento de un hijo discapacitado, la presencia de un miembro de la familia con una enfermedad crónica o con una grave incapacidad. El divorcio, los malos rendimientos escolares de los hijos, las dificultades económicas, el grado general de comunicación entre los miembros de la familia, así como los patrones de interacción específicos, el nacimiento de un hijo, la preocupación por ganar más dinero, de obtener seguridad en el empleo, por la salud del bebé o el miedo de que se pueda deteriorar la relación conyugal, el proceso de crianza y educación de los hijos.

3. Fuentes sociales, donde se puede señalar el contexto laboral que probablemente es el de mayor relevancia entre los adultos mientras que el escolar lo suele ser para los niños y jóvenes. Con respecto a los laborales, tenemos estresores del ambiente físico como el ruido, vibración, iluminación,

temperatura, higiene, toxicidad, condiciones climatológicas y disponibilidad del espacio físico para el trabajo; demandas estresantes del trabajo, trabajo por turnos y trabajo nocturno, sobrecarga de trabajo, exposición a riesgos y peligros; estrés por relaciones interpersonales y grupales, estrés derivado del estudio de una carrera y naturalmente, la pérdida del empleo, así como la jubilación.

Dados los niveles de estrés que vivimos actualmente debido a los diferentes cambios en nuestras formas de vida en relación a situaciones económicas, laborales, familiares, fenómenos sociales, etc. y ante las estrategias de afrontamiento del estrés o la información que se tenga al respecto, es muy probable que un sinnúmero de personas necesiten psicoterapia. En el siguiente capítulo, analizaré mi actividad como psicoterapeuta en el Hospital General de Tlalnepantla en Valle Ceylan.

LA TERAPIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

“Desnudando a la consciencia”

Ulises

3. Hospital General de Tlalnepantla Valle Ceylan

El Hospital General de Tlalnepantla se ubica en Valle Ceylan Estado de México y se comenzó a construir en el año de 1970, siendo fundado y puesto en servicio por el entonces director Dr. Jesús Álvarez de los Cobos en Octubre de 1972. Éste hospital se construyó con la aportación de la federación del gobierno del estado; el actual director del Hospital es el doctor Carlos E. Aranza Doniz.

Este último evaluó y autorizó la propuesta de la maestra Leticia Hernández Valderrama de integrar a los practicantes de psicología en un modulo para dar terapia clínica. Ésta propuesta consistió en asistir dos días de la semana de las 8:00 a.m. a las 14:00 p.m., un día dando psicoterapia en la clínica del adolescente y otro realizando acompañamiento hospitalario en el tercer piso que corresponde a ginecología y obstetricia.

Para dar una visión general de las actividades del hospital, expongo el organigrama del mismo (fig. 4) para, posteriormente, describir las actividades realizadas tanto en la clínica del adolescente como en ginecología y obstetricia:

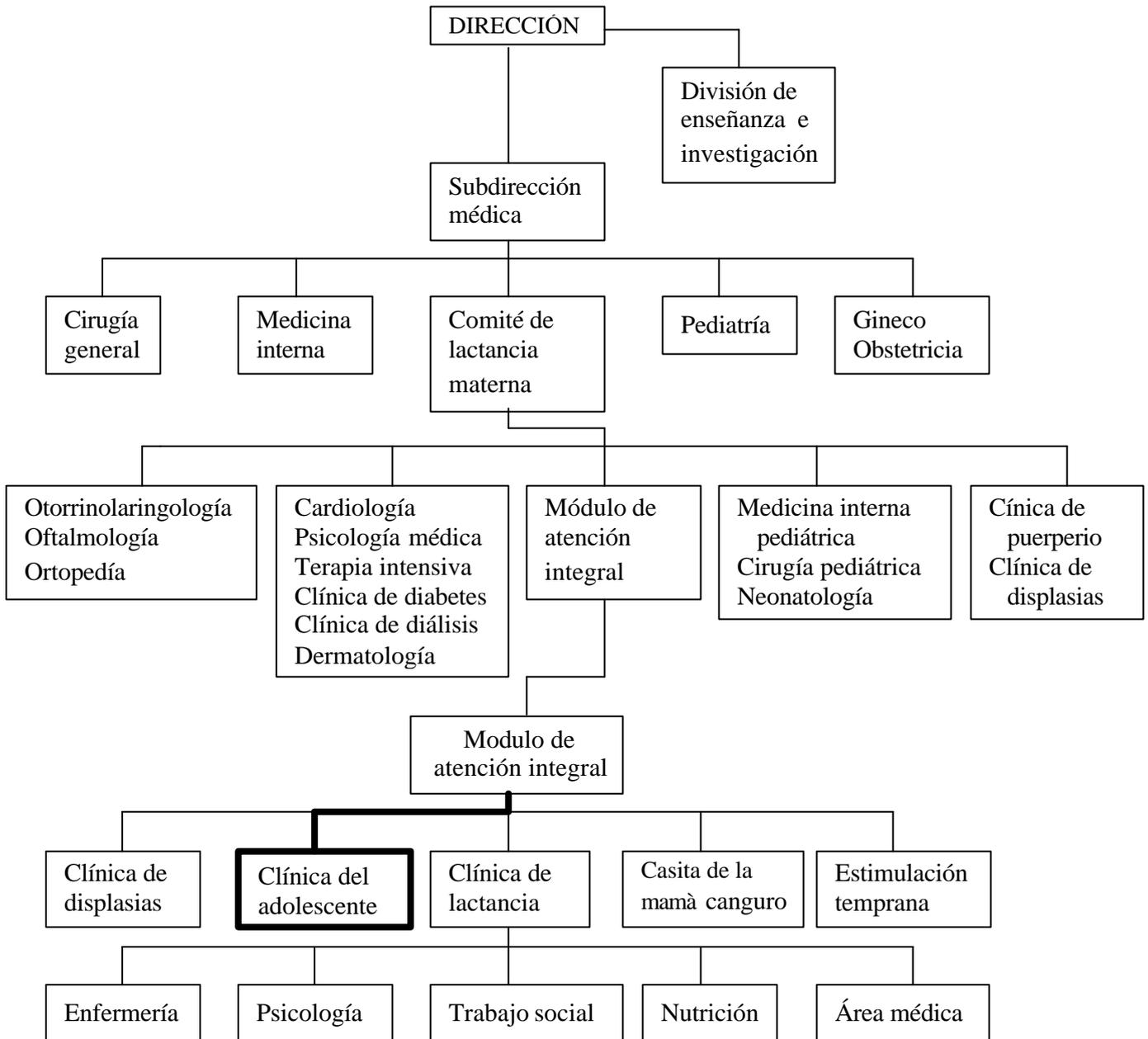


Figura 3. Organigrama del Hospital General de Tlalneptla (Fuente: archivos del Hospital)

3.1.- La Clínica del adolescente

La clínica del adolescente es un espacio creado sobre la base de que el hospital General de Tlalnepantla no tenía establecido en forma completa el cuidado integral de los adolescentes y jóvenes ya que sus programas generalmente se dirigían al cuidado de lo biológico o lo físico descuidando otros aspectos como lo social y lo psicológico, además de no contar con un personal capacitado, ni con el apoyo económico y político suficiente. También se tomaron en cuenta las características generales de los adolescentes, derivadas principalmente de los rápidos cambios físicos, biológicos, psíquicos y sociales necesarios para llegar a la edad adulta. Así, el objetivo que pretende la clínica del adolescente es el manejo integral del adolescente con el fin de disminuir su morbimortalidad y proporcionar una capacitación en el autocuidado.

Por lo anterior, en 1997 se inició la capacitación del personal que estaría a cargo de la clínica del adolescente como respuesta a la indicación dada por el área de salud reproductiva del estado de México y a que es uno de los puntos que se evalúan en el sistema de seguimiento y consolidación de actividades (SISEC, instrumento que se utiliza para llevar el control y la evaluación del programa “hospital amigo del niño y la madre”) y sobre todo a la demanda del servicio por parte de la comunidad. Éste programa se encaminó principalmente a la prevención de los embarazos y las enfermedades de transmisión sexual en los adolescentes.

El día 22 de mayo de 1988 fue inaugurado el módulo de atención integral para el niño, la madre y el adolescente, el cuál está integrado por cinco clínicas que son: 1) lactancia, crecimiento y desarrollo del lactante; 2) displasias; 3) canguro; 4) la clínica del adolescente y 5) estimulación temprana.

Las edades establecidas en que atiende la clínica del adolescente son de 10 a 21 años, sin embargo, el servicio se da a cualquier persona que lo solicite, ya sea mayor o menor del rango establecido.

Dentro de la clínica del adolescente se encuentra la médico-pediatra Blanca E. Calderón Mandujano a quien corresponde el servicio médico, la enfermera Alicia Mendoza López a quien corresponde la casa de la mamá canguro, que es un espacio dedicado a llevar el seguimiento de los bebés que nacen en el hospital y principalmente de los que nacen prematuros. Aquí se orienta y atiende a las madres sobre cualquier cuestión relacionada con la lactancia, las vacunas, peso, talla, enfermedades de los bebés, etc.

Los casos abordados por el servicio psicológico eran remitidos por la doctora y la enfermera; también nosotros teníamos la opción de revisar los expedientes que estaban archivados; la mayoría de éstos, tenían expediente de tratamiento psicológico los cuáles quedaron inconclusos debido a que la psicóloga que había anteriormente no siguió asistiendo a laborar. Nosotros evaluamos cada caso y citamos a algunos de ellos por teléfono, sin embargo estos expedientes quedaron en espera 3 o 4 años atrás por lo que algunos números telefónicos ya no existían, otras personas ya no vivían en el lugar o habían conseguido el servicio en otro lado. De los pocos que aceptaron una cita, nadie se presentó.

El trabajo clínico que realicé, se basó principalmente en la Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia de Bellack (1993), orientación psicoanalítica que no excluye a la aproximación cognoscitiva o terapia de conducta y trabaja a partir de una comprensión del paciente en términos de su historia, su situación vital actual, su medio étnico y cultural, su experiencia humana completa y lo que se pueda saber a partir de sus fundamentos y predisposiciones generales. Se conceptúa esta información y se ayuda al paciente a reaprender y reestructurar con el auxilio de la alianza terapéutica, un contrato de tratamiento y un conjunto de intervenciones técnicas y también puede ser útil en la prevención en todos sus niveles.

En la prevención primaria, cuando las personas se encuentran psicológicamente en riesgo se transelaboran los problemas por adelantado, como con los pacientes que enfrentan una cirugía mayor o un duelo, o con personas que han estado expuestas a la violencia en forma de asalto o violación, antes de que se den cuenta de que tienen un problema psicológico, transelaborando el impacto mientras que aún se encuentran en el proceso de negación o choque. En la prevención secundaria trata con estados agudos ya existentes que se pueden detener antes de convertirse en estados más graves y crónicos, por ejemplo con personas que se encuentran perturbadas en forma aguda a causa de eventos traumáticos. En la prevención terciaria lidia con las exacerbaciones agudas de los psicóticos crónicos o con sus síntomas más perturbadores. La P.B.I.U. puede lidiar con las circunstancias que precipitaron tales episodios agudos como alucinaciones, delirios y otros trastornos y hace posible, ya sea mantener al paciente dentro de la comunidad o limitar la hospitalización a una breve estancia.

El tratamiento es un intento por ayudar a la persona a obtener mejores recursos para enfrentar la realidad; se enfoca en lo que ha sido aprendido en forma deficiente y que necesita ser desaprendido y reaprendido de la manera más eficaz. Se seleccionan los síntomas principales más perturbadores y sus causas y se planea la conceptualización más clara probable de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias y suficientes.

Esta orientación también es recomendable por que existen estadísticas que sugieren que en general el paciente promedio no regresará a terapia más de cinco veces al no estar acostumbrado a psicoterapia de larga duración; la mayoría de la gente está acostumbrada al modelo médico en el que generalmente el tratamiento es bastante breve y dentro de la P.B.I.U., cinco o seis sesiones pueden ser muy prácticas.

En un principio, yo imaginé que así como llegaban pacientes al servicio médico, llegarían al servicio psicológico, lo cuál no ocurrió. La mayor parte de los pacientes que yo atendí fueron remitidos a criterio de la doctora o de la enfermera. No obstante, hubieron pacientes que llegaron por sí solos y el trabajo psicológico se coordinó con el médico cuando fue necesario.

Con relación a la dinámica de trabajo, es pertinente comentar el apoyo y las asesorías continuas que existieron entre las doctoras y nosotros como psicólogos en donde fue común que ellas nos comentaran cómo y por qué descartaban problemas orgánicos. Nos exponían una serie de síntomas y brevemente nos hablaban sobre el *modus vivendi* del paciente ante lo que nosotros dábamos una probable línea de intervención; explicamos relaciones causales entre la molestia y la forma de vivir y cómo y por qué intervendríamos

de determinada manera; ya durante el tratamiento, las doctoras mantenían contacto con el paciente programando citas de seguimiento y comunicándonos los resultados obtenidos los cuáles siempre fueron positivos.

Por supuesto, el informar a los pacientes los resultados positivos y que ellos mismos los experimentaran, fue bastante gratificante para todos, por lo que creció la credibilidad en el psicólogo, continuó reafirmando nuestra capacidad y esfuerzo, y aumentó la integración entre los prestadores del servicio médico y psicológico.

En cuanto a la incidencia y tipo de casos que abordé, tengo los siguientes:

Uno por control de esfínteres.

Uno por baja autoestima.

Uno por psicosis.

Uno por fobia.

Uno por sobreprotección.

Uno por dermatitis.

Un niño de la calle.

Dos por violación.

Dos por relación disfuncional madre-hijo.

Dos por relación de pareja.

Tres por depresión profunda.

Tres por dolor abdominal.

Tres por problemas de conducta.

Cinco por orientación (adolescentes).

Seis por migraña.

Siete por apatía escolar.

De éstos cuarenta casos, sólo siete solicitaron el servicio de forma voluntaria y de éstos, cinco concluyeron el tratamiento; los treinta y tres restantes fueron remitidos por la doctora o la enfermera. De los pacientes remitidos, sólo una terminó el tratamiento.

Dentro de los casos que atendí, encontré muchos pacientes con la misma problemática (apatía escolar, problemas de conducta, migraña, etc.) y por supuesto, se trataron de diferente manera; sin embargo, muchos de ellos fueron abordados de manera similar, por ejemplo, en los casos en que se perdió el control de esfínteres, en los de dermatitis, en los de dolor abdominal y en los de migraña, todos sin causa fisiológica aparente, se dirigió una entrevista no estructurada a encontrar dentro del estilo de vida de cada paciente, un evento o situación en particular que activara un mecanismo inconsciente de evasión y/o defensa ante situaciones difíciles, estresantes o angustiantes y manifestándose mediante los síntomas psicósomáticos mencionados. En otros casos la angustia se manifestó mediante el descontrol de funciones vitales como fue la pérdida del control de esfínteres. Una vez detectada la o las situaciones estresantes, se procedió a modificar las conductas, actitudes, pensamientos y situaciones que las produjeron (mediante técnicas de intervención cognitivo-conductual principalmente), trabajando también con las personas que pudieran estar involucradas y que tuvieran la presteza y posibilidad de asistir a la consulta.

Otras causas de psicopatización fueron los siguientes: el caso de una infante de 6 años, angustiada por las constantes peleas de sus padres; el alcoholismo y reclamos infundados en el caso de un hombre de 34 años a su esposa de 19; el exceso de actividades de un estudiante de preparatoria de 18

años que no lograba alternar su horario nocturno al manejar un equipo de sonido en eventos y sus estudios matutinos; etc.

Fue frecuente que se solicitara el servicio para preadolescentes y adolescentes con apatía escolar y problemas de conducta. Con ellos se realizó una entrevista dirigida a recabar todos los datos relacionados con su actitud vocacional, sus amistades, sus actividades de agrado y desagrado, sus responsabilidades y la relación con sus padres y hermanos entre otras cosas. El común denominador entre todos estos casos fue la disfuncionalidad de la relación entre padre y madre. La mayoría de estos niños y adolescentes formaban parte de familias de 3 o más hijos; algunos tenían padrastros y hermanastros y la relación con éstos no era funcional y era frecuente que vivieran con temores de presenciar o ser parte de constantes riñas verbales y físicas con/entre sus padres. También fue muy frecuente la comparación tan dañina entre los hijos estereotipándolos en el “buen hijo” y un “mal hijo”, considerándose a este último como el centro de los problemas familiares.

En estos casos, el proceso terapéutico consistió en hacer consciente a la familia y al menor, de la disfuncionalidad existente en la relación familiar y de qué manera él estaba contribuyendo en ello. Posteriormente se expusieron las conexiones causales entre la disfuncionalidad de la relación familiar y la problemática del menor, haciendo hincapié en el sentido que jugaba en su déficit escolar y conductual y las diferentes opciones que tendría para mejorar tales déficit y consecuentemente sus relaciones familiares.

Realmente con los menores no hubieron grandes obstáculos; ellos siempre entendieron las conexiones entre eventos y tuvieron la capacidad de reconocer

sus puntos negativos, lo que les facilitó hacer frente a las situaciones difíciles que se les presentaban. El problema real fue la negación de responsabilidades e irresponsabilidades de los padres, su tendencia a justificar sus actitudes y la deserción que se dió cuando se pretendió trabajar con ellos. Éstos llevaron al niño con la plena convicción de que él era el centro del problema y quien requería la terapia.

En suma, las causas de la psicosomatización dentro de los casos que atendí, fueron principalmente demasiada exigencia de parte de los padres hacia sus hijos preadolescentes en relación con sus actividades escolares como una manera (consciente e inconsciente) de realizar lo que ellos –los padres- nunca pudieron hacer; en algunos casos, éstos síntomas sólo aparentaron ser la causa, encontrándome posteriormente que los conflictos no resueltos durante la niñez de parte de los padres, afectaban ahora a sus hijos. En relación a esto, atendí un caso de un jovencito de 12 años quien presentaba migrañas sin causa fisiológica aparente y que más bien era debida a la excesiva exigencia por parte del padre quien se decía fracasado en el ámbito escolar y a la singular exigencia de su madre quien le decía que no debía ser como su padre a quien se asemejaba bastante físicamente. Esta señora tenía resentimientos con el sexo masculino; en este sentido, la transferencia negativa que se generó, impidió que mis intentos por llevar un proceso terapéutico óptimo dieran resultado alguno, generando también en mí una contra transferencia negativa. Después de exponer el caso en las sesiones de retroalimentación, se acordó canalizarlo a una compañera con quien se benefició el proceso terapéutico y encontrando que la madre del jovencito había sufrido maltrato infantil por parte de su padre y había sido violada durante su preadolescencia lo que generó un odio y rechazo hacia el sexo masculino, anulando así al esposo, exigiendo en demasía al hijo,

iniciando los problemas conductuales de una hija de 6 años a quien le permitía todo (incluso ofender al padre y al hermano) y confrontándome y cuestionándome de forma agresiva durante las sesiones; esto me llevó a reflexionar sobre los límites a que todo psicólogo puede enfrentarse en algunos casos con los que no nos es posible trabajar y por lo que resulta conveniente derivarlos.

Posteriormente, los resultados obtenidos por la compañera, fueron positivos, aunque el padre del jovencito nunca aceptó ir a terapia.

Los casos de depresión que atendí, son los casos que más satisfacción me dieron como terapeuta. Estos casos coincidieron en que el punto de partida de la depresión fue una elección de pareja derivada de una baja autoestima. Estas personas -que fueron del sexo femenino- llegaron al consultorio refiriendo decepción, desilusión, frustración, agresividad y autodevaluación, mantenidos ya durante varios meses, incluso años. Ellas argumentaron que su relación de pareja no estaba bien y que las peleas y discusiones eran más constantes lo cual afectaba a los hijos. También refirieron maltrato físico y psicológico, alcoholismo, infidelidad, celos excesivos, estafa económica y chantaje por parte de sus esposos.

La parte más difícil del proceso terapéutico fue el momento en que ellas tuvieron que reconocer las expectativas infantiles e irreales que tenían y de qué manera el aspecto imaginario del amor las había llevado a creer y construir cosas irreales, como el seguir creyendo a través de los años que sus esposos cambiarían algún día.

Tras varias sesiones, las pacientes comenzaron a cuestionar sus comportamientos. Su estado físico y emocional cambió de forma positiva lo que fue indicador de que la depresión disminuía; sin embargo, persistió la angustia de tener que tomar decisiones por lo que se dirigió con cautela y tomando el tiempo que fuera necesario la toma de decisiones.

Una de ellas, al reconocer que su matrimonio ya no era funcional hacía muchos meses y que tanto su esposo como ella tenían una relación extramarital y en donde a ella le iba muy bien, decidió comenzar a tramitar el divorcio, lo que apoyaban sus hijos. La otra paciente decidió vender sus negocios (dos tiendas de abarrotes que no le dieron tiempo, durante años, de atenderse a sí misma y de donde la extorsionaba su esposo) e irse a su pueblo en Yucatán junto con sus hijas quienes estuvieron de acuerdo en irse con ella y visitar frecuentemente a su padre.

También atendí durante tres ocasiones, dos casos que me dieron la oportunidad de conocer un poco el perfil psicótico y la vida de un niño de la calle.

La primera, una joven de 19 años a quien se le diagnosticó psicosis (de lo cuál ya no se me proporcionaron más datos), tenía poco de haber sido dada de alta del hospital psiquiátrico Fray Bernardino y estaba siendo medicada. Ella me fue remitida por la enfermera y durante las tres sesiones en que nos vimos, presentó una plática hilada y continua, afirmando haber tenido 3 intentos de suicidio debidos a que escuchaba voces, a que veía ciertas aves volando sobre su casa burlándose de ella y por que vio una mano que se quería meter a su casa; también aseguró que su vecina la quería matar. Aquí observé que aunque su discurso era hilado, era muy delirante en su contenido.

El segundo caso fue un niño de 9 años quien se fue de su casa a los 6, debido al maltrato físico de su madre quien lo trajo al servicio médico y de donde me fue remitido. Él reporta haberse ido a vivir a la calle a los seis años y haber sido encontrado por su madre bajo un puente a los ocho años llevándolo a vivir con ella. Desde entonces, él dice aprovechar cualquier oportunidad que tiene para escaparse de su casa por espacio de semanas o meses y regresando esporádicamente a ver a sus hermanos; también afirmó que su madre aún lo golpea y por eso no se quedaría mucho tiempo en esa casa. Durante las dos sesiones en que nos vimos, me describió como eran los amigos con quien se frecuentaba, todos mayores que él, cómo lo obligaban a fumar (si no lo hacía, apagaban los cigarros en sus brazos); qué tipo de trabajos hacía (tirar basuras y hacer mandados) para obtener dinero y gastarlo en comida y video juegos; por qué dejó de asistir a la escuela (le hacían burla por “burro” por tener 8 años y cursar el 1er grado de primaria). Él ya no se presentó a la tercera sesión y su madre quien fue citada al servicio médico tampoco se presentó.

Es evidente que la ausencia de vínculos afectivos sólidos en la familia, la ausencia de límites claros y el no asumir responsabilidades y compromisos con la familia puede desencadenar múltiples patologías que se manifiestan, también, a nivel social.

3.2. Ginecología y Obstetricia

Otra de las actividades que realicé dentro del hospital, fue la de prestar apoyo a las pacientes internas en Gineco-Obstetricia, en especial a las mujeres que sufrieron un aborto, a las madres adolescentes, a las madres que tuvieron un hijo con alguna discapacidad física y a las madres que tuvieron un hijo no

deseado como producto de una violación, por el desconocimiento de métodos anticonceptivos o por irresponsabilidad en su conducta sexual.

Éste tipo de apoyo fue solicitado por el jefe del área de gineco-obstetricia y algunos autores lo denominan “relación terapéutica” (Jiménez, 1998; p. 175), definiéndola como:

“Una relación de ayuda resultante de las interacciones entre quien ayuda y quien recibe la ayuda, en el marco de un contexto de salud y durante un tiempo determinado en el que el profesional de enfermería centra su actuación sobre las necesidades y problemas de la persona ayudada (paciente, familia, usuario) mediante el uso de conocimientos, actitudes y habilidades propios de la profesión”.

Originalmente y como lo marca la definición anterior, la relación terapéutica debe ser dirigida por el personal de enfermería quien debería de contar con una gama de conocimientos y habilidades específicas en lo referente a las relaciones interpersonales y comunicación, el manejo de situaciones difíciles o estresantes, la toma de decisiones acertadas, reconocer formas de apoyo eficaces y terapéuticas, etc.; sin embargo, es claro que el personal no contaba con tal capacitación, muy probablemente por razones financieras y organizacionales, o incluso por la formación profesional.

Nuestra intervención fue solicitada por que una parte del personal identificó en algunos pacientes, la necesidad de ser escuchados y comprendidos ya que se encontraban en estado de angustia o depresión. Dentro de las sesiones de retroalimentación y supervisión, llegamos a la determinación de que el

establecimiento de esta relación terapéutica resultaría fundamental para el cuidado emocional del paciente ayudándole así a aceptar su situación; sin embargo, por motivos de tiempo y por consiguiente, la imposibilidad de llevar a cabo el tratamiento psicológico adecuado y un seguimiento de los casos (a menos que el paciente regresara por voluntad propia) resulta difícil catalogar nuestro servicio como relación terapéutica por lo que utilizaré el termino acompañamiento hospitalario, el cuál está basado metodológicamente en la relación terapéutica.

El acompañamiento hospitalario siempre se realizó mediante la siguiente metodología:

1.-Primeramente se llevó a cabo un contrato que consistió en un acuerdo mutuo del acompañamiento. En ésta fase se estableció el primer contacto, se orientó brevemente sobre las características de mi profesión y qué objetivos se pretendía al visitarlas en su cama, lo que resultó novedoso y que en su mayoría aceptaron; se clarificaron roles, responsabilidades y la disponibilidad de ambos así como la confidencialidad que conlleva el acompañamiento hospitalario.

2.-Durante la fase intermedia, se realizó una entrevista, en muchos casos, difícil para la interna y orientada siempre al origen de la probable angustia o dolor emocional, que muy comúnmente acompaña al momento post-parto o post-aborto.

Dentro de ésta entrevista también se recabaron los siguientes datos: edad, escolaridad, conocimiento de métodos anticonceptivos, estado civil, dependencia económica (como indicador de éste dato, indagué si la mujer vivía aún con su familia nuclear o si ya era independiente), proyecto de vida y si tenían más hijos.

En ésta segunda fase se pusieron en práctica los conocimientos adquiridos durante mi formación; se proporcionaron líneas de actuación sobre la díada madre-hijo, relación de pareja y se dió un breve panorama sobre la depresión post-parto y post-aborto. En el caso de un aborto, se trató de ayudar a la interna a enfrentarse a la muerte del producto cuando éste fue involuntario y comenzar el proceso de duelo de la mejor manera posible; en los casos en que el aborto se dió por no tener los cuidados necesarios (muchas de ellas reportaron haber cargado objetos muy pesados, de donde aparentemente se derivó la pérdida de su hijo y por lo que tenían sentimientos de culpa) se trabajó el sentimiento de culpa, en primer lugar, cerciorándonos si realmente el deceso se debió a lo que ellas creían y si así era realmente, se trabajó con sus conflictos interpersonales como sus creencias religiosas y sus autoreproches y se pretendió sustituir la idea de reparación que tenían (mediante sufrimiento y autocastigo) por la toma de conciencia de la responsabilidad que involucra un embarazo, los cuidados que se deben tener, la existencia aún de un esposo e hijos (en el caso de que los hubiera) y las posibilidades que existían de volverlo a planear, todo esto sin interferir en la necesidad que ellas tenían de sentir dolor ante la pérdida. También se trabajó con aquellos casos en que predominaba una aparente indiferencia ante el deceso y en los casos en que existía sentimiento de culpa derivado de la intencionalidad de interrumpir el embarazo.

El objetivo, entonces, de esta segunda etapa, fue ayudar al paciente a identificar y valorar la existencia de sentimientos, pensamientos y/o comportamientos que dificultan o promueven conductas de salud y enfermedad y hacerles ver la necesidad de llevarlos a la práctica o combatirlos. Se pretendió proporcionar a la interna seguridad, tratando de eliminar miedos y falsas creencias sobre la maternidad (como que la madre es la única proveedora de cariño y educación y que por tanto, ella sería responsable del buen o mal desarrollo físico o psicológico del niño; algunas lloraban y decían que no sabrían cuidar al bebé por ser primerizas o tenían muy arraigada la idea de ser “inútiles e incapaces” de cuidarlo tal como sus madres les decían). En el caso de nacimientos con atípicas, se dió información sobre éstas y se orientó en relación al tipo de tratamientos y cuidados que tendrían que haber, así como el tipo de asistencia necesaria para explotar al máximo las capacidades y habilidades del bebé (de éstos casos, sólo ví a una).

3.-En la tercera y última fase, se dió por terminado el acompañamiento hospitalario; se instigó a la interna a que llevara a cabo las conductas de salud en torno a ella y a su hijo y en todos los casos se informó sobre los recursos de apoyo terapéutico disponibles en el hospital y la posibilidad de ampliar su repertorio de auto cuidado y preparación para desempeñar de manera óptima su nuevo papel de madre o para atender el duelo post-aborto, indicando siempre, la gratuidad del servicio; sin embargo, nadie se presentó a la consulta externa.

Debido al tiempo tan limitado que tuvimos para llevar a cabo estas acciones y ante la falta de posibilidades para llevar a cabo un seguimiento, no hay la certeza suficiente de los resultados de nuestro trabajo; sin embargo, en la opinión de los doctores y enfermeras, mi trabajo resultó motivante para muchas

de ellas. De hecho, la respuesta de ellas mismas al momento de mi intervención (mostrar interés, hacer preguntas sobre mi temática, expresar sus opiniones, preocupaciones y dolencias, el sonreír ante su abatimiento y dar las gracias por el acompañamiento por breve que fuera) fue muestra fehaciente y válida de que el trabajo realizado lograba transmitir el mensaje pretendido.

Estas actividades en conjunto intervienen en una de las principales áreas de trabajo de la psicología social de la salud: la prevención y considero que se intervino en prevención en sus tres niveles, 1º, 2º y 3º, lo cuál explicaré a continuación.

En las actividades que comprenden la prevención 1ª, se encuentran aquellas relacionadas a la orientación y responsabilización materna (en el caso de las madres adolescentes primerizas) ya que en gran medida, el adecuado desarrollo físico y psicológico del niño dependerá de las habilidades y conocimientos de los progenitores o de la madre si es soltera, para satisfacer las necesidades básicas de éste. Se pretendió iniciar la prevención de una deficiente calidad de vida en el niño y mantener dentro de lo posible, una adecuada educación para la salud, tanto en la madre como en el hijo, pero siempre teniendo como prioridad al recién nacido. Mi trabajo en éste caso, pretendió evitar que la madre adolescente adquiriera malos hábitos de cuidado y crianza en torno a su hijo, tratando de promover también hábitos de salud positivos como el amamantar entre otros. Para esto, se habló sobre la maternidad y se intentó desmitificar creencias o miedos que ellas pudieran traer como resultado de un proceso de crianza familiar, buscando como finalidad el evitar que reincidieran en los mismos errores de crianza con su hijo. Un ejemplo muy claro sobre esto, es el de una interna de 20 años que vive en unión libre con su pareja en la casa

materna de él. Ella estaba internada por un aborto espontáneo el cuál, según ella, no conocía la causa. Ésta mujer ya tenía dos hijos, uno de 1 año 8 meses y un segundo de 8 meses; al cuestionarle por qué se había embarazado teniendo dos hijos tan pequeños aún, ella respondió que le había fallado el consejo de su madre según el cuál, mientras se está lactando, no se puede embarazar y al preguntarle si a la madre le había funcionado, respondió que no. A mí me parece que éste es simplemente el inicio de toda una gama de errores de crianza que se heredan y se asumen sin reflexión alguna. Desafortunadamente, por cuestiones de tiempo, no indagué más sobre los primeros embarazos, qué ocurrió entre el primero y el segundo, o qué más sobre la historia de la madre se pudiera estar repitiendo, como a qué edad fue madre, cuántos hijos tuvo, si vivió en dependencia de sus padres, si fue casada o soltera. Creo también que la calidad y forma de vida de ésta mujer, así como las condiciones materiales en que vive (vivienda, economía, etc.), son en gran medida el resultado de una deficiente crianza. Ella no tenía padre.

Es así que ésta intervención resulta de gran importancia por el carácter reflexivo que pretende alcanzar ya que hay muchas posibilidades de que cada una de esas madres adolescentes repitan su propia historia en torno a sus hijos.

Pero un aspecto muy importante y que dificulta en la mujer o en el hombre la crianza de los hijos es la falta de una pareja. En primer lugar, las madres solteras embarazadas son más propensas a sufrir complicaciones como anemia, parto prolongado y toxemia; tienen más posibilidades de dar a luz bebés con bajo peso y con defectos neurológicos y de que éstos mueran en el primer año de vida (Emery, 1989). Es común que la ausencia de la pareja disminuya la posición social y económica; también es probable que la vivienda esté hacinada,

que las mudanzas sean comunes, las comidas son escasas y poco nutritivas y tal vez también falten servicios médicos.

Estas adolescentes, con frecuencia padecen agotamiento a causa de sus esfuerzos por sobrevivir, sufren de depresión o ansiedad lo que interfiere con sus escasas o nulas habilidades para atender al niño. Cuando éstas adolescentes carecen de empleo, generalmente quedan en dependencia económica y/o emocional de la familia nuclear en donde es frecuente que ésta encuentre fuerte desaprobación en el hogar teniendo conflictos con sus padres y no teniendo otra opción que seguir viviendo con ellos en situación de dependencia.

En lo referente a los hijos de madres solteras, tienen numerosas desventajas que afectan su salud psicológica y su desarrollo intelectual por lo que es menos probable que mejore su condición socioeconómica cuando sean adultos. También es muy probable que ellos se conviertan en padres solteros, así, los problemas pasan a la siguiente generación. Cuando estos niños son concientes de que su familia pasa apuros económicos, presentan ansiedad, aflicción y baja autoestima. También pueden ser víctimas del maltrato infantil o psicológico (rechazo, negación de afecto, degradación, aterrización, aislamiento, explotación, etc.); además, estos niños tienen una gran probabilidad de padecer negligencia o maltrato debido a la tensión, frustración e inexperiencia de la madre adolescente. Es muy probable que estos niños sean hiperactivos durante la época preescolar, además de obstinados y agresivos; que en la escuela primaria sean desatentos, se distraigan con facilidad y abandonen el trabajo escolar rápidamente y en la escuela secundaria con frecuencia tengan bajo desempeño.

A éste respecto, me encontré con 2 internas que con mucha probabilidad podrían maltratar a sus hijos. Una de ellas tenía 18 años, apenas cuenta con la educación primaria, no conoce métodos anticonceptivos, vive en unión libre con su pareja en la casa de la madre de ella (no tiene padre) y no tiene en absoluto un proyecto de vida. Tanto ella como su pareja son adictos a los inhalantes, información que me proporcionó sin el más mínimo titubeo y ante lo que sólo mencionó que lo dejaría de hacer. Pude corroborar éste dato por medio de su expediente en el cuál se informaba que el curso del embarazo corrió con el uso de inhalantes aún cuando ella estaba enterada de su estado. Psicológicamente, es probable que ésta mujer estuviera muy inmadura, deprimida y/o desesperada y que ese haya sido el motivo que la llevara a utilizar drogas para evitar su situación, encontrándose atrapada en un comportamiento autodestructivo y no pudiendo considerar las consecuencias de sus actos, por que el estar consciente de ello significaría pensar en el mañana y para ella el mañana solo significa “más droga”.

En muchas ocasiones, el embarazo puede ser una motivación excelente para un auténtico cambio de vida, pero para ello se necesitaría que la madre realmente deseara tener un hijo lo que constituiría una motivación suficiente para buscar ayuda. Desconozco que medidas tomaría el personal del hospital con esta interna, pero es evidente que hay gran probabilidad de que este niño tenga muchas carencias afectivas y materiales además de un probable maltrato por parte de sus padres.

El otro caso, es el de una interna de 17 años que cuenta con la educación primaria, sí conoce métodos de anticoncepción (me describió características y forma de uso de cuatro métodos), vive en unión libre en la casa de sus padres.

La expresión de ésta interna fue de molestia; al hablar sobre lactancia dijo que no tendría tiempo de amamantar y al preguntarle a qué le gustaría que se dedicara su hijo de grande, respondió que no le interesaba. Es evidente que ella estaba muy molesta con su nueva situación de madre y probablemente culparía a su hijo de su nueva forma de vida. Aún con su actitud hablé con ella sobre la maternidad, la lactancia, desarrollo emocional del niño, etc. pero ella no mostró el más mínimo interés.

Por supuesto, éste tipo de problemáticas también son susceptibles de ocurrir cuando los adolescentes deciden casarse para tener una pareja y ejercer su sexualidad pero no para ser padres por lo cual no hay grandes esperanzas de una crianza adecuada de un niño, ya que como lo menciona Smith (en Craig, 1997), casi la mitad de los matrimonios terminan en divorcio, lo que ocasiona que apenas el 40% de los nacidos hoy, llegue a los 18 años en un hogar intacto de dos padres.

En lo referente a la prevención 2ª, se intervino al trabajar lo relacionado con el momento post-parto y postaborto tratando de reducir en la medida de lo posible, los efectos adversos de la depresión derivada de cada situación, lo cual ya describí en párrafos anteriores de éste capítulo.

Así mismo, una parte del trabajo que se realizó, fue con el fin de evitar la reincidencia de un embarazo no deseado, haciendo uso de la información existente sobre las diferentes alternativas anticonceptivas y tratando de hacer conciencia en las pacientes, de la responsabilidad que debe de existir tanto al momento de ejercer su sexualidad como al momento de decidir concebir un hijo; con estas acciones, se intervino en prevención a nivel terciario

Una de las preguntas que siempre se les hizo a las internas, fue si su embarazo había sido deseado a lo cuál, en su mayoría, respondió que sí, aún cuando su estado emocional y el resto de la entrevista sugiriera que no. De hecho, mis observaciones sobre sus actitudes y respuestas verbales me sugieren que si a caso, 5 de 68 de ellas habían realmente planeado su embarazo (por supuesto, esto es sólo una especulación basada en datos y observaciones). De ésto, cito un ejemplo: una paciente de 28 años que no conoce métodos anticonceptivos, estaba internada por un aborto espontáneo del cuál según ella, ignoraba la causa. Vivía aún con su familia nuclear, no tenía proyecto de vida, su carencia económica era grande y ya tenía cuatro hijos (el mayor de 7 años) -me parece muy difícil que una mujer en ésta situación planee un nuevo embarazo y si realmente lo deseó, entonces estamos ante una mujer con una ignorancia y una ligereza inmensa ante la calidad de vida que podrá darle a sus hijos y la propia.

Debido a situaciones como ésta, con todas las internas siempre se pretendió: hacer conciencia sobre la responsabilidad de saber qué consecuencias pueden tener sus actos, actualizando sus conocimientos y prejuicios sobre los métodos de anticoncepción para elegir y asumir la necesidad de su uso y la necesidad de responsabilizarse de lo que implica traer un nuevo ser -todo esto con el fin de evitar un embarazo no planeado y sus consecuencias como son el matrimonio precoz, el abandono de responsabilidades y/o el aborto-. Cualquiera de éstos constituye un verdadero drama para la madre y sobre todo si es adolescente que apenas comienza su vida en pareja, más aún si está en crisis de identidad. Salvo escasas excepciones, la mayoría de los adolescente de entre 16-18 años, no está listo para asumir la responsabilidad de una vida conyugal y menos todavía para mantener a un descendiente. Y es que la

cantidad de embarazos no deseados en adolescentes es altísima, a diario vemos a nuestro alrededor, el número de padres que han tenido que asumir la responsabilidad de un bebé concebido por su hija adolescente. Según el periódico Reforma (28/02/98, en Macias-Valdez, 2000), en México, 531,000 mujeres entre los 12 y 19 años, se embarazan al año, lo que representa 20% del total de 2,400,000 anuales reportados, datos referidos por un estudio del sistema para el desarrollo integral de la familia.

Es sorprendente la cantidad de adolescentes (hombres y mujeres) solteros cuya conducta sexual los lleva a un embarazo no deseado a pesar de tener conocimientos para evitarlo. Bien vale la pena cuestionarnos, ¿por qué los adolescente se embarazan?. Según Mackiney (2000), un elemento posible, en el caso de las mujeres, es que muy probablemente fueron privadas de afecto y compañerismo en el hogar y en la escuela y se embarazan esperando que los hijos llenen esos huecos dándoles el afecto que les hace falta; o la falta de alguno de los padres –como es el caso de muchas de éstas mujeres- y consecuentemente la falta de límites; otra posibilidad es que la sociedad estigmatiza menos los nacimientos ilegítimos, la ignorancia de los hechos de reproducción, la ignorancia de los métodos de anticoncepción, la falta de responsabilidad ante las actividades sexuales o los sentimientos de pasividad ante la vida propia y del ser que se concibe.

Pero un embarazo no planeado no siempre llega a término por que una de las posibles maneras que encuentran muchos adolescentes de resolver las consecuencias de éste, es mediante el aborto. Sin embargo el recurrir a éste método plantea nuevos problemas de tipo psicológico, familiar y social, ésta sin mencionar sus implicaciones morales, religiosas y legales. Las repercusiones

psicológicas consisten en intensa sensación de culpa, muchas veces irreversible; se hacen continuos los autoreproches, hay baja autoestima y decaimiento, pudiendo ser estos sentimientos más o menos intensos y ocasionando conflictos a nivel conciente o inconsciente.

Por otro lado, las implicaciones fisiológicas dependen de las condiciones sanitarias del lugar en que se lleve a cabo el legrado, ya que el aborto siempre ha sido considerado un delito (excepto algunos casos). En México, cuando se tiene dinero suficiente para hacer gastos imprevistos, la adolescente puede acudir a una clínica donde se le proporcionará una atención de primera; sin embargo, éste tipo de adolescentes pertenecen a sectores minoritarios. La situación de las mujeres pobres, que son la mayoría, es otra. Ellas deben acudir a sitios inadecuados profesionalmente, sin higiene y corriendo grandes riesgos para la salud, en donde las posibilidades de infección hemorragia, perforación uterina o muerte, se incrementan -no pretendo sugerir que nadie debe abortar, ni dar argumentos por los que se debería despenalizar el aborto; solo pretendo mostrar un breve panorama de los problemas a que da lugar una deficiente crianza, una educación sexual escolar limitada en la que no se responden a todas las preguntas y la ineficacia o escasez de muchos programas de sexualidad y anticoncepción que solo se manejan a nivel informativo y que no trascienden en la conscientización de los adolescentes, situaciones paralelas a las carencias económicas-.

En éste sentido, la psicología de la salud tiene mucho que hacer. En el hospital, yo tenía como propósito, persuadir a las madres adolescentes a asumir sus responsabilidades como madres y en relación con su sexualidad para evitar la reincidencia de embarazos no deseados; les aclaré dudas y motivé a

interesarse y preocuparse de sí mismas, a informarse y cuidar su salud para atender de manera más eficaz a sus hijos. En el caso de las mujeres que abortaron, en su mayoría ignoraban la causa de éste, lo que indica dos cosas: ignorancia y apatía sobre el cuidado de su propio cuerpo y de los cuidados necesarios en el embarazo y/o que ellas se hayan inducido el aborto. Casos extremos son 4 de 5 internas que se reponían de su tercer y cuarto aborto e ignoraban la causa de éstos; ellas decían que hasta el momento nadie les había informado el motivo -la quinta era diabética lo que impedía que su embarazo llegara a término-.

Por otro lado, para un número significativo de niñas y adolescentes, la primera experiencia sexual ocurre sin su consentimiento y en forma abusiva, dando en muchos casos, lugar al embarazo preadolescente. Lo más común es que el abuso sexual se da entre una jovencita y un pariente adulto o amigo de la familia. Es más probable que el agresor sea el padrastro o el novio de la madre o aún peor, el propio padre. Este abuso se prolonga por cierto tiempo y se convierte en un secreto entre el ofensor y su víctima; algunas veces la madre de la víctima desconoce esta situación de abuso o se rehúsa a creerlo o en casos extremos culpa a su hija de provocar la situación.

Según Craig (1997), estos niños o adolescentes abusados sexualmente, muestran muchos síntomas como sentimiento de culpa y vergüenza, impotencia para escapar de la situación, quizás se aíslan de sus amistades y desconfían de los adultos, algunos tienen problemas de aprendizaje, dolencias físicas y otras más se entregan a la promiscuidad sexual; otras dirigen su ira contra sí mismas y se deprimen o consideran el suicidio. En cualquier caso, sus actitudes hacia las relaciones íntimas han quedado trastornadas ya que en la vida adulta les es

difícil establecer relaciones sexuales normales y quizá, incluso, se les dificulte el trato común con sus propios hijos. Muchas tienen puntos de vista distorsionados acerca de la sexualidad y es más probable que se casen con hombres abusivos y agresivos, negándose que tienen un problema o sintiéndose impotentes para hacer algo al respecto. En éste sentido, ví 6 casos de adolescentes de 16 años y dos de 14; las dos jovencitas de 14 años estaban internadas por aborto, una de ellas mencionó que su novio, el autor de su embarazo, trabajaba en EEUU y que no sabía cuando regresaría, ella me proporcionó datos de sus hermanos y de su madre, pero al referirme a su padre se mostró nerviosa y ya no quiso hablar.

La otra jovencita mencionó que ignoraba la causa de su embarazo y según mis observaciones, también ignoraba el cambio tan radical que tendría ahora con su hijo. Según sus argumentos, sus hermanas de 15 años y otra de quien ignoro su edad, también estaban embarazadas y por supuesto, también desconocía la causa. Éste caso en especial, me produjo un fuerte sentimiento de impotencia al escucharla decir que no se quería ir del hospital a su casa. En el caso de las jovencitas de 16 años, dos de ellas habían abortado pero una aseguró que ése era su segundo legrado. Al cuestionarles sobre sus parejas, ellas ya no quisieron hablar. Una tercera de éstas, mencionó que ya tenía una hija de un año de edad y que se había casado hace dos años, es decir, a los 14 con un hombre de 22 años. Otra jovencita menciona haber sido abandonada por su pareja y su conflicto era regresar a la casa paterna ya que según ella, su padre le iba a quitar al bebe y la echaría de su casa.

Las dos últimas aún estaban en preparación para el parto ya que su corta edad y su constitución física habían creado embarazos de alto riesgo; una de ellas me dijo su edad y su nombre y los de su pareja quien tiene 24 años, ambos

viven en la casa paterna de él y ya no me respondió mas preguntas. La última aceptó con gran angustia, haber sido violada por su padre y estar siendo culpada por su madre de haber propiciado la situación.

Las semejanzas entre estas 8 internas, aparte de tener muy corta edad para vivir un embarazo o un aborto, es que todas desconocen los métodos anticonceptivos y aún son dependientes de la familia nuclear y 7 de ellas no cuentan más que con la educación primaria; sólo una de ellas tiene claro un proyecto de vida y es precisamente quien tiene terminada la educación secundaria. Ella piensa continuar estudiando la preparatoria ya que cuenta con el apoyo de su madre, no así con el de su padre -quienes viven separados- ni de quien fuera su pareja. Ella fue la única que a pesar de su situación parecía tener una visión de lo que representaba tener un hijo y también fue la única que prestó atención y mostró interés sobre lo que platicamos en relación con la lactancia y anticoncepción.

Otra semejanza entre ellas es que a su corta edad, hay un aparente descuido por parte de sus padres. Al parecer, algunos de estos progenitores sólo se plantearon la manera de resolver las consecuencias e imponer su opinión. Muchos de los problemas que plantea la adolescencia se resuelven mejor cuando la familia no evade su responsabilidad, además sus convicciones y experiencias pueden servir de guía o freno para las conductas de los hijos.

Sin embargo, hay casos en que la dinámica familiar perjudica la salud emocional y física de la adolescente. Ése fue el caso de dos jovencitas de las que ya mencioné, una de 14 y una de 16 años. La primera que narra con llanto, haber sido violada por su padre y estar siendo acusada por su madre de haber

propiciado la violación y la segunda que ignora la razón de su embarazo y el de sus hermanas –¿cómo permitieron los padres que ocurriera esta situación con las tres hijas?-. Éstas dos internas tenían 2 días en el hospital y no habían sido visitadas por algún pariente o amigo, lo que habla de cierto aislamiento y/o evasión de alguna responsabilidad y/o complicidad, que en mi opinión se debe al ocultamiento de apariencias y el rescate del honor familiar de parte de los padres o la negación de algo que no pude averiguar. En el segundo caso, aún cuando ella dice ignorar la causa de su embarazo, a mí me parece que sí lo sabe y que se trata de alguna situación de incesto o de algún amigo cercano a la familia.

Los antecedentes culturales, la herencia biológica y el ambiente físico son factores que influyen en las actitudes, los valores, las creencias y los comportamientos de una persona en relación a su vida presente y futura. Su proyecto de vida depende en gran medida de las vivencias que ha acumulado durante su crecimiento y mientras que se van dando los importantes cambios en su pensamiento. Por esto, es muy probable en los dos casos anteriores, que las soluciones que ellas puedan tener para evadir sus dificultades y construir proyectos a corto y largo plazo en relación con su propia vida y con su hijo, estén saboteados por la propia familia al permitir situaciones como las descritas. Ahora, en ellas se produjo o se producirá un desajuste de los valores que les fueron transmitidos en su infancia dándose cuenta de que éstos existen sólo en la imaginación ya que la realidad social es muy diferente, no adaptándose a sus vidas, descubriendo una doble moralidad y rompiendo las ideas que tenían sobre un mundo perfecto y dando lugar a un mundo no sólo imperfecto si no hasta contradictorio. Según Delval (1997), ...“esto puede generar un conflicto y un rechazo de la sociedad adulta concibiéndose, por lo tanto, otros mundos posibles, tal vez mejores o peores”... Ello dependerá, entonces, de la forma en

que ellas superen –aunque en muchos casos nunca se supera- su actual situación y de los apoyos sociales con que cuenten. ...“El hecho de tener que insertarse en un mundo al que uno no pertenecía hasta ahora, verse como un adulto semejante a éstos a los que se ha estado sometiendo durante toda la vida, lleva a desarrollar la capacidad de examinar a la sociedad adulta de una manera crítica”... sin embargo, ésta manera de ver, examinar y conducirse ante la vida estará determinada, en los dos casos anteriores por las repercusiones de los acontecimientos que han vivido y a que se tendrán que enfrentar. Lo mismo ocurre con las demás internas de 17, 18, 19 y 20 años que han pasado por situaciones difíciles – como un hijo no planeado o un aborto- pero que suponemos que por haberse integrado con anterioridad al mundo adulto, tendrán una manera diferente de reflexionar sobre su propio pensamiento y construirse proyectos para incursionar moral e intelectualmente en la sociedad adulta y perfilándose hacia sus proyectos vitales.

Representación gráfica de los datos

El acompañamiento hospitalario que se llevó a cabo en el área de gineco-obstetricia, se realizó con 68 internas. Dentro de éste acompañamiento, se aplicó una entrevista no estructurada que partía siempre de la situación de la interna, situación que se dividió en cuatro:

Situación	Incidencia
Parto normal	25
Complicación del embarazo	5
Cesárea	3
Aborto	35

La incidencia de abortos que se registra fue mayor debido a que siempre me aboqué en mayor medida a trabajar con éste tipo de población.

Las edades de éstas, varió de entre 14 y 38 años:

Edad	Incidencia	Edad	Incidencia
14	2	23	1
15	2	24	1
16	12	25	5
17	11	27	2
18	9	28	4
19	9	35	1
20	3	36	1
21	2	37	1
22	1	38	1

Sus escolaridades fueron las siguientes:

Escolaridad	Incidencia
Primaria	37
Secundaria	16
Preparatoria	1
Sabe leer y escribir	5
No respondió	9

Conocimiento de métodos anticonceptivos

Si conoce	10
No conoce	49
No respondió	9

Estos datos, aunque poco formales y no siendo una representatividad estadística, muestran el poco alcance de las campañas de anticoncepción. Sólo 10 de éstas 68 internas pudieron describir mas de 2 métodos de anticoncepción; sin embargo, de éstas 10, 8 eran mayores de 23 años, 7 ya tenían uno o más hijos, una estaba abortando y las 2 restantes tenían 17 y 20 años, lo que indica que sólo 2 internas de un total de 68, (de 14 y 20 años de edad), conocen métodos anticonceptivos.

En lo que se refiere al estado civil de las internas, encontré que muchas de ellas mintieron al respecto; hubo alguna que incluso mencionó haber vivido dos años con su pareja y del cuál no recordaba sus apellidos y al preguntarle a qué se dedicaba éste, indicó, después de titubear, que ya había fallecido. Según los reportes de ellas, encontré lo siguiente:

Dos de estas internas casadas (16 y 23 años) mencionan haberse casado a los 14 años.

Estado civil	Incidencia
Casadas	14
Unión libre	28
Madre soltera	17
Viuda	1
No respondió	8

En lo relacionado con la dependencia económica, considero que el vivir en pareja, con o sin hijos en la casa paterna de algún miembro de ésta, implica dependencia y no solo en sentido económico si no también emocional de parte

del hijo (a) de familia de donde derivan muchos problemas de diversas índoles con y entre los miembros de ambas familias. Sobre esto encontré lo siguiente:

Sólo 2 de las 10 internas que no viven con la familia nuclear son menores de 19 años (17 y 18 años), las restantes son mayores de 21 años.

Sí vive con la familia nuclear	49
No viven con la familia nuclear	10
No respondió	9

Como es de esperarse, es la minoría de éstas internas quienes tienen un proyecto de vida más o menos establecido. Para llegar a esta determinación, tomé en cuenta cómo representan su vida futura en relación con su hijo o después del aborto, con o sin una pareja; que tipos de aspiraciones y deseos tenían; que objetivos pretendían alcanzar, que tan capaces eran de representarse a la sociedad como es; que ventajas y limitaciones tenían y que tan fantasiosos e irreales eran sus proyectos a futuro.

Sobre esto encontré lo siguiente:

Si hay proyecto de vida	8
No hay proyecto de vida	51
No respondió	9

Otro dato que me pareció importante indagar fue si la interna ya tenía hijos, y las cifras son las siguientes:

Sí tienen más hijos	26
No tienen más hijos	24

De estas 26 que ya tienen 1 o más hijos, 8 tienen entre 16 y 20 años, 4 de ellas de 25 años o mayores tienen 3 o 4 hijos y según la edad del hijo mayor, estas fueron madres adolescentes de entre 14 y 19 años, excepto una que lo fue a los 21. Dos casos curiosos son los de 2 internas, una de 20 años que estaba internada debido a su 2° embarazo y el de una interna de 28 años internada por el aborto del que pudo ser su cuarto hijo. Estas mujeres a pesar de conocer perfectamente más de 2 métodos anticonceptivos, se habían embarazado; desafortunadamente ya no recabe más datos al respecto. Con ésta pregunta se pretendió, por un lado, identificar el estado anímico de estas mujeres en relación con sus hijos, ya que como menciona Jiménez (1998), el número de embarazo determina una experiencia agradable y novedosa o de carga emocional y biológica, y por otro lado, conocer a qué edad fueron madres por primera vez quienes tuvieran más hijos.

Algunos problemas que se presentaron durante el acompañamiento hospitalario y que de alguna manera constituyeron una barrera en la relación dificultando el trabajo terapéutico son los que describiré a continuación.

Como es de suponer, después de terminado el trabajo de parto, el estado anímico, psicológico y fisiológico de la mujer queda temporalmente reducido. Las diversas reacciones emocionales que se presentan con la hospitalización probablemente se intensifiquen debido al ansia de irse del hospital y a los sentimientos de dependencia, temor o inseguridad que aún persistan. Por esto resulta comprensible que muchas internas sólo desearan descansar y se mostraran renuentes o incluso molestas cuando alguien irrumpía su aparente tranquilidad. Esto dificultó el establecimiento mutuo del acompañamiento hospitalario; no obstante, el proporcionarles información sobre la relación con

sus hijos, logró alentar a muchas de ellas disminuyendo su ansiedad y llevándolas a expresar lo que sentían, estableciéndose una buena comunicación.

Debido a su estancia en el hospital, ellas solamente vestían una bata que frecuentemente traían abierta por su propia comodidad, la cual se cerraban inmediatamente al ver a un varón rondando por los pasillos. La incomodidad que manifestaron al verme junto a ellas, recostadas en sus camas y semicubiertas con una sabana dificultó, en un principio la dinámica de la entrevista en la que ellas sólo daban respuestas afirmativas o negativas sin profundizar en nada. Para contrarrestar en lo posible esta dificultad, me centré en mirarlas exclusivamente al rostro, las escuché atentamente y utilicé un lenguaje sencillo al hablarles, instigándolas a expresar sus preocupaciones y dificultades y repetirles la información de su interés cuantas veces fuese necesario, lo que disminuyó en gran medida la renuencia a profundizar en sus respuestas optimizando el acompañamiento hospitalario.

La situación misma por la que estaban internadas, constituyó una dificultad para el proceso de acompañamiento como fueron los casos de violación, legrado o aborto. En estos casos hice uso de las técnicas de entrevista y de las habilidades adquiridas durante mi formación. Alenté a las internas a expresar sus sentimientos, sus angustias, sus temores y sus miedos, mostrando siempre gran interés y no haciendo nunca juicios sobre sus afirmaciones. Evité hacer silencios a menos que ellas lo necesitaran a lo cuál daban pauta sus expresiones faciales y sus movimientos corporales. También se recurrió al contacto físico –una palmada en el hombro-, se motivó y se reforzaron las ideas positivas así como las decisiones acertadas en relación a su proyecto de vida. Aquí debo mencionar que me sorprendió el poder de motivación y confort que

puede proporcionar una simple palmada en el hombro; el dar la información, la motivación y el reforzamiento en el momento indicado logró cambiar las expresiones sombrías de las internas abatidas, expresiones que se iluminaron totalmente al sentir una palmadita; incluso, éste fue el único momento en que las internas me miraron de frente y directo a los ojos, además de haberme proporcionado una sonrisa. Pienso que éste momento fue tan gratificante tanto para ellas como para mí.

Sin embargo, hubieron nueve internas que no respondieron a ninguna pregunta; algunas de ellas ni siquiera me miraron, algunas otras me miraron hostilmente y me dieron la espalda y una de ellas me pidió que no la molestara. Antes de retirarme, les hice la invitación al servicio de psicología de consulta externa. Pienso que no fue erróneo de mi parte cesar mis intentos por hablar con ellas por el derecho y por la necesidad natural que tienen de sentirse mal, física y psicológicamente, después de una situación de tal magnitud; simplemente respeté sus momentos de dolor e ira y su necesidad de estar solas tal como lo manifestaron algunas.

La resistencia que oponen a aceptar los conflictos conscientes o inconscientes que les causan malestar emocional, puede ser debida a un sentimiento de culpa originado por llevar a cabo conductas no adecuadas socialmente o bajo su propio criterio y por consiguiente, al temor o sentimiento de incapacidad de asumir la responsabilidad de su propia vida. Esta evasión de la realidad genera angustia la cual puede intensificarse y dar lugar a una depresión o neurosis, generando también síntomas psicósomáticos.

C ONCLUSIONES



Antiguamente el ser humano solía ser menos longevo que en la actualidad; ahora en nuestros días y gracias al avance de la ciencia, el nivel de longevidad ha aumentado de los 45-50 a los 70-80 aproximadamente, sin embargo, éste aumento parece estar disociado de una buena calidad de vida.

Si bien es cierto que el hombre ha logrado aumentar el número de años que vivirá, también es cierto que se ha caracterizado por un aumento de enfermedades psicosomáticas que dan lugar a enfermedades crónicas y degenerativas (úlceras de estómago y duodeno, asma, dolor de cabeza crónico, ciertas enfermedades de la piel y cardiovasculares, diabetes e incluso el cáncer) y aunque en muchas de ellas no se tiene la certeza de su causa (como son algunos tipos de cáncer, anorexia, bulimia, etc.), sí se correlacionan con la forma de vida que llevamos actualmente, en donde también el avance de la industria nos expone día con día a múltiples riesgos para la salud con infinidad de productos que para su elaboración se utilizan materiales tóxicos y no biodegradables afectando tanto al consumidor como al trabajador que lo produce y generando además, altos niveles de contaminación ambiental y una desmedida explotación de recursos naturales. A esto hay que agregar la velocidad con que debemos vivir para poder adaptarnos a los rápidos avances de la ciencia, lo que

produce que nuestro estrés rebase el umbral de tolerancia del organismo produciendo un desequilibrio fisiológico dando paso a invasores potencialmente peligrosos como virus bacterias e incluso células cancerígenas.

Otra consecuencia derivada del avance de la ciencia, es la deshumanización que actualmente vivimos en que podemos presenciar desde actos terroristas en distintas partes del mundo, hasta la delincuencia que vivimos a diario en las calles; desde el rapto, tortura, violación y muerte violenta de muchas mujeres en cierta región de nuestro país, hasta los padres que abusan y/o violan a sus hijos en la privacidad de sus casas. Éstas situaciones nos llevan a vivir con constantes miedos empobreciendo nuestra calidad de vida y un evento que refuerza éstos miedos, es la manera morbosa y amarillista en que los medios de comunicación masiva difunden tales eventos.

No obstante, el ser humano ha logrado, por simple instinto de conservación, adaptarse a un gran número de fenómenos sociales y naturales, no así a otros de los que se derivan un gran número de enfermedades físicas, psicosomáticas y mentales para lo cual es indispensable la atención de diversos especialistas y en donde la psicología social de la salud tiene un gran campo de acción organizando los recursos materiales y humanos, planeando programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, capacitando al personal médico para proporcionar un trato integral y más humanizado al paciente, impartiendo cursos y/o clases de psicología en las aulas de las facultades de medicina y proporcionando el tratamiento psicológico que se requiera dentro de las instituciones de salud.

Ahora, en el caso de muchas mujeres adolescentes embarazadas, violadas o post-aborto que describo en éste trabajo, ellas deben lidiar con otro fenómeno social de gran peso que repercute considerablemente en su salud mental y por consiguiente en su calidad de vida: el aspecto moral de su vida sexual. Un gran sector de la sociedad considera que ellas por ser adolescentes, aún no deben tener relaciones sexuales debiendo permanecer puras y castas hasta el matrimonio (Sánchez, 1997) por lo que la educación sexual en casa es reprimida, aumentando en muchas ocasiones su interés por experimentar lo prohibido, lo que por un lado las lleva a ejercer su sexualidad a escondidas y con serios cargos de conciencia impidiendo así el goce pleno del acto sexual y por otro lado exponiéndolas a no tener las precauciones necesarias para prevenir un embarazo no deseado o un contagio de alguna enfermedad venérea.

Sin pretender hacer juicios de valor, estoy de acuerdo en que los adolescentes aún no deben iniciar sus relaciones sexuales, pero las razones que yo argumento son que aún no tienen conciencia plena como para planearlas de manera responsable para evitar formar parte de las estadísticas de madres adolescentes o de mujeres contagiadas de VIH, VPH, etc., además de que su organismo inmaduro aún para un embarazo, puede poner en peligro su vida y/o la del bebé, o nacer con serios problemas de salud.

También se encuentra la religión de éstas mujeres y la culpa que ésta lleva al romperse las reglas de “la moralidad religiosa” por haber tenido sexo fuera del matrimonio, sin fines de procreación, utilizar el condón y si fuera el caso, abortar por un embarazo no deseado, lo cuál puede traer severas consecuencias a nivel de conciencia y por ende psicológicas.

Y existe la estigmatización y el peso moral que recae en ellas por ser madres solteras, lo cuál parece pesarles, impidiéndoles superarse económica y personalmente debido a que se pasan la vida buscando un cónyuge que les proporcione un sostén económico y emocional –según su imaginario- en lugar de trabajar y superarse, enrolándose en relaciones de pareja disfuncionales y destructivas.

Por lo regular, las mujeres adolescentes en éstas condiciones son maltratadas en primera instancia por los padres, después por los hermanos mayores, por algún pariente muy cercano e incluso en muchas ocasiones por los mismos médicos quienes parecen asumir el rol de jueces y suelen preguntar u opinar sarcásticamente sobre la conducta de éstas mujeres, actitudes que distan mucho de ayudarlas a superarse y en donde la psicología social de la salud tiene grandes posibilidades de acción para prevenir una reincidencia o repetición de la historia de vida en el nuevo ser que ha nacido.

Ante éstas circunstancias, algunas mujeres logran elaborar su situación y forman, junto con su pareja (si la hay), una familia funcional, pero en muchos otros casos quedan aniquiladas emocionalmente, criando inadecuadamente a los hijos y formando una familia disfuncional, originándose la violencia doméstica entre cónyuges y con los hijos, creciendo estos últimos y formando sus propias familias, repitiendo los mismos vicios y patrones de conducta y reiniciando así el ciclo, como fue el caso de algunas mujeres visitadas en el área de gineco-obstetricia y que ya mencioné en el capítulo III.

Ahora, considero que la violencia social que vivimos constantemente, está originada principalmente por éste ciclo de conductas heredadas y se

complementa con el mal manejo y distribución de recursos de los países del mundo en donde, en el caso de nuestro gobierno, se destina un presupuesto insuficiente al sector salud y educación mientras que el presupuesto a otros sectores es mayor como en el caso de la policía en donde a pesar de existir tráfico de influencias, sobornos, narcotráfico, etc. se implantan nuevas agrupaciones (PFP, AFI) destinando a ellas, grandes recursos económicos y lo que necesitamos como país no son más policías ni cárceles sino educación y servicios de salud, ambos de calidad. Y es que el modo de producción y distribución de nuestra sociedad, depende de otras economías mundiales por lo que no se puede encontrar una solución dentro de la estructura social de nuestro país, siendo éste un proceso complejo y variable que repercute en las condiciones de vida haciéndose evidente el desempleo, el rezago educativo, la falta de servicios, el analfabetismo, el aumento de ciertas enfermedades, la delincuencia, etc.

Todo esto que he venido señalando podría dar la impresión de que la integración de la personalidad desde la infancia y durante la adolescencia es muy problemática, pero no es así, y aunque la adolescencia es una etapa de exploración, de inquietudes, búsqueda de caminos, de insatisfacciones con lo que se es o se tiene, se van resolviendo sin mayor problema, pero en algunos casos se producen desajustes graves que dejan consecuencias duraderas a nivel de conciencia y derivando en mala salud física o mental pero que por representar, ésta última, un porcentaje pequeño (o que por no existir investigación suficiente sobre su prevalencia, según Álvaro, 1998), no es tomada muy en cuenta. A veces las tensiones de los jóvenes son muy fuertes o su tolerancia es muy limitada, lo que les hace recurrir a medios externos (drogas legales e ilegales, pandillerismo, delincuencia, etc.) para soportarlos o para

evadirlos, hecho paralelo al uso de su sexualidad y derivando en las historias de vida que ya describí. Y es que la salud mental no implica solamente enfermedades siquiátricas, sino ansiedad persistente, propensión a la violencia, abatimiento del ánimo, desesperanza, propensión a sufrir síntomas corporales y formas mal definidas de somatización entre otras.

Así, la salud mental cuando no se ve alterada por factores hereditarios, puede afectarse por la educación familiar y escolar (Schatzman, 1997), por el nivel de bienestar social en la comunidad del sujeto (como las secuelas de una guerra, un desastre natural o atentado terrorista), por la realización personal y capacidad en el medio laboral y por las condiciones socioeconómicas (recordemos la gente que entró en depresión y llegó al suicidio durante la devaluación de la moneda en 1994) entre otras causas. Es así que la salud mental representa un aspecto inseparable de la salud general del individuo. Para ejemplificar esto, cito un caso visto dentro del trabajo terapéutico que realizo actualmente y de los cuales hay muchos casos, en donde una mujer de 45 años de edad, aparentemente estable en todas las facetas de su vida y de salud, experimentó una crisis depresiva severa ante el abandono de su esposo por lo que intentó matar a sus hijos y suicidarse, intento frustrado por un familiar que llegó al domicilio; sin embargo, ella comenzó a presentar síntomas físicos (cólicos renales, colitis, fuertes dolores de cabeza, crisis de llanto, ansiedad, irritabilidad y deserción laboral entre otras) y ante lo que la medicina tradicional no pudo poner un remedio por lo que, en última instancia, le sugirió atención psicológica. Actualmente y mediante el trabajo psicoterapéutico y el tratamiento médico, ella refiere cierta estabilidad emocional y física y se ha reintegrado a su centro de trabajo.

En el tipo de casos como este que describo, la medicina tradicional se encargó de curar o tratar las enfermedades como las mencionadas (mediante medicamentos) pero no puedo hacer mucho para atacar el origen del problema, que en éste caso fue la depresión y es aquí donde radica la importancia de la psicología social de la salud la cuál se ha encargado de estudiar la conducta del hombre en su entorno y ha analizado la manera en que sus hábitos, sus maneras de comportarse y los recursos que tiene para enfrentarse a sus problemas lo llevan a alterar de forma negativa su estado de salud mental y física, proponiendo alternativas para la mejoría y/o **prevención** de muchos problemas de salud.

P PROPUESTA



La propuesta que se argumenta ante la experiencia que ha dejado el trabajar en el Hospital y basada, por supuesto, en el tipo de problemáticas ya descritas en el tercer capítulo, son en primera instancia, dar evidencia mediante la investigación psicológica de la hegemonía histórica que ha gozado la medicina en donde el médico es considerado el poseedor del saber absoluto, restándole importancia a otras ciencias como la psicología. A este respecto, gracias a los hallazgos de las investigaciones en que se afirma que existen factores patógenos en nuestras conductas, es que ha surgido el modelo BIO-PSICO-SOCIAL, sin embargo, no ha sido suficiente para ampliar el campo de acción de la psicología, por lo menos en nuestro país. Para esto, es necesario hacer cambios curriculares, primero en la carrera de psicología, para integrar a la psicología social de la salud como un área más de la carrera y posteriormente modificar los currículos en la carrera de medicina para que las nuevas generaciones de médicos tengan una visión multidisciplinaria de salud, siendo entonces la psicología, un apoyo real.

En segunda instancia, se requiere hacer un análisis a nivel país para adaptar el modelo de salud a las características económicas, sociales, religiosas, educativas y culturales a cada región, incluyendo así la participación de todos los profesionales de la salud que se requieran.

Como tercer paso, resulta necesario capacitar y sensibilizar al personal médico y de enfermería para llevar a cabo, la relación médico-paciente de manera más humana, lo que proporcionaría confianza y seguridad al paciente aumentando su constancia a los tratamientos largos y a las revisiones preventivas.

El cuarto paso consistiría en educar a la población para tener una cultura de responsabilidad de su propia salud para que se asista a los servicios de salud de forma preventiva evitando así los daños físicos de severidad e irreversibles además de los gastos imprevistos y excesivos; dentro de ésta educación para la salud, entra por supuesto la cultura del psicólogo. Ésta educación deberá ser obligatoria y permanente desde el embarazo y una vez nacido continuándolo en la niñez, estableciendo fundamentalmente las relaciones entre conducta y enfermedad, desarrollando métodos efectivos para incorporar y promover hábitos más saludables en los estilos de vida y eliminar los que lo perjudiquen.

Mencioné en renglones anteriores, que la violencia social y doméstica y el mal manejo de recursos del país, estaban, si no creados, mantenidos en gran medida por la economía de los países desarrollados, situación que ni el modelo BIO-PSICO-SOCIAL u otro podrán modificar, pero lo que sí es posible mejorar mediante éstos cuatro puntos, es el nivel de morbilidad, mortalidad y calidad de vida del país, creando conciencia de unidad social y humanización.

Por último, las áreas en que considero pertinente trabajar con urgencia son las siguientes:

- Sexualidad y adolescencia.- En éste sentido pienso que las campañas que ya existen son adecuadas pero serían más funcionales si se extendieran más frecuentemente a las comunidades periféricas, realizando campañas informativas en espacios públicos y aprovechando un poco el poder que tiene el morbo en la gente, proporcionando las estadísticas de contagios de enfermedades venéreas e incluso el número de muertes con el fin de infundir un poco el temor de contagio y romper el sentido egoísta de las conciencias que dicen “eso a mí no me va a pasar”. También resultaría conveniente aumentar los spots televisivos y pasarlos en horarios de mayor audiencia ya que los existentes son escasos y son exhibidos en horarios en que las familias se encuentran en sus centros de trabajo o estudio. Sin duda, esto irá en contra de los intereses de muchos empresarios (como Emilio Ascarraga dueño de Televisa y Salinas Priego dueño de T. V. Azteca) por lo que se buscaría el apoyo de ciertas televisoras más enfocados a programas culturales y educativos (canal 11, 22 y 40) o por lo menos no tan perjudiciales como las televisoras hegemónicas ya mencionadas. En lo referente a la educación escolar, se presionaría a las autoridades responsables para que revisen propuestas de educación sexual que respondan a todas las preguntas que los preadolescentes y adolescentes hacen y que frecuentemente encuentran respuestas en los lugares menos indicados.

- Pareja y familia.- Pienso que en éste ámbito, el trabajo se podría coordinar con las delegaciones de las diferentes poblaciones para conseguir un presupuesto y realizar propaganda (carteles y folletos informativos) para repartir en transportes públicos, parques y lugares de reunión de la población

de manera que se puedan transmitir valores de respeto, comunicación y unión con y entre la familia para prevenir la violencia doméstica y la delincuencia.

- Drogadicción.- En este ámbito al igual que en el sexual, también habría que aumentar las campañas informativas tanto escritas como televisivas y desarrollar planes y técnicas de tratamiento terapéutico para disminuir la incidencia de drogadicción y esto en complemento con las campañas informativas de pareja y familia se podrían dar mejores resultados

- Conductas alimentarias.- Estas se están llevando a cabo en los sistemas de salud y podrán tener más alcance conforme la educación para la salud logre implementar en los usuarios la constancia a las citas preventivas y de información, sin embargo, habría que buscar opciones más realistas ya que normalmente los nutriólogos recomiendan dietas bien balanceadas (lo que representa cierto gasto económico) y bien estructuradas en tiempo y de esto es justamente de lo que gran parte de la población carece ante la rapidez con que actualmente vivimos.

- Ecología y entorno social.- En éste caso ya se está llevando a cabo la educación mediante el sistema escolarizado en las escuelas primarias y secundarias, sin embargo, es un hecho que no es suficiente, por un lado, por que hay un gran sector de la población que no estudia y por otro, por que no existen – o no se hacen valer-consecuencias de ningún tipo para quien contamina o destruye el medio ambiente. Por tanto, resultaría conveniente repartir información impresa de las acciones que cotidianamente realizamos y que contaminan y cuáles son sus consecuencias. Esto también podría convenirse con las delegaciones de cada población

Sólo me queda por mencionar que ésta tarea no es fácil, además de que requerirá tiempo, dedicación y presupuesto; sin embargo, creo que una buena oportunidad para comenzar a desarrollarse es éste ámbito, es la que se tiene al formar parte del equipo de salud dentro del Hospital General de Tlalnepantla junto con el personal docente de la FES Iztacala. Pienso también que el primer paso que cada uno de nosotros como psicólogos debe dar, es el de sentirnos parte real del equipo de salud.

Éste trabajo es el resultado de la compilación de la teoría revisada durante la formación académica y la práctica llevada a cabo en una institución de salud, además de la guía y supervisión del profesorado y personal médico con que se colaboró. Debido a que la psicología social de la salud es un área que está iniciando en nuestro país, es necesario que los interesados en ésta área tengan conocimientos de otras disciplinas, como es la medicina, la organización de los servicios de salud, la epidemiología, etc.

Deseo que éste trabajo sea de utilidad a los interesados en el tema.

Bibliohemerografía



Álvarez, A. R. (1995) *“Educación para la salud”*, Manual Moderno, 1ª ed., México.

Álvaro, J. L., Garrido, A. y Torregrosa, J. R. (1998) *“Psicología social aplicada”*, McGraw-Hill, 1ª edición, España.

Amigo, V. (1998) *“Manual de psicología de la salud”*, Pirámide, 1ª ed., Madrid.

Ballester (1997) *“Introducción a la psicología de la salud”*, Promolibro, 1ª ed., Valencia

Barón, R. (1996) *“Psicología”*, Prentice Hall, 3ª edición, México.

Bellack, L. (1993) *“Manual de psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia”*, Manual Moderno, 1ª ed., México.

Bowden, M. D. (1990) *“Bases psicosociales de la atención médica”*, Limusa, 1ª ed., México.

Buela-Casal (1997) *“Psicología preventiva”*, Pirámide, 1ª ed., Madrid.

Craig, J. G. (1997) *“Desarrollo Psicológico”*, Prentice Hall, 7ª ed., México.

Delval, J. (1997) *“El desarrollo humano”*, Siglo XXI, 1ª ed., México.

Fernández, F. (1989) *“Psicología médica y social”*, Salvat, 5ª ed., Barcelona.

Fisher, G. N. (1990) *“Psicología social”*, Narcea, Madrid.

Gallar, M. (1998) *“Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente”*, Paraninfo, 1ª ed., Madrid.

Jiménez, J. C. (1998) *“Ciencias psicosociales aplicadas a la salud II”*, Universidad de Córdoba, Córdoba.

LLor, B., Abad, M. A., García, M. y Nieto, J. (1998) *“Ciencias psicosociales aplicadas a la salud”*, McGraw-Hill, 2ª ed., España.

Macías-Valdez, J. (2000) *“Ser adolescente”*, Trillas, 1ª ed. México.

Martínez, H. (1994) *“Introducción a la salud pública”*, Universidad Juárez autónoma de Tabasco, Tabasco.

Marzillier, J. S. y Hall, J. (1997) *“Qué es la psicología clínica”*, Promolibro, Valencia

Mckinney, J. P. (2000) *“Psicología del desarrollo”*, Manual Moderno, 3ª ed., México.

Mendoza, S. (1993) *“Introducción a las ciencias de la salud”*, Trillas, México.

Nasio, J. (1998) *“El libro del dolor y del amor”*, Gedisa, 1ª ed., Barcelona.

Pastor, V. (1989) *“Economía de la salud”*, McGraw-Hill, España.

- Postigo, L. (1994) *“Psicología de la salud”*, Lumen, Argentina.
- Presidencia de la República (1990) *“Necesidades esenciales en México: Salud”*, Siglo XXI, México.
- Rodríguez, M. J. (1995) *“Psicología social de la salud”*, Síntesis, España.
- Ruiz, L. M. (1984) *“Importancia de la prevención para el retardo en el desarrollo”*, Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM, ENEP-Iztacala.
- Sánchez, C. (1997) *“Juventud en éxtasis 2”*, Ediciones selectas Diamante, 1ª ed., México.
- Sánchez, R. (1994) *“Elementos de salud pública”*, Méndez editores, México.
- Secretaría de Salud (1997 – 2000) *“Estadísticas”*, www.ssa.gob.mx
- Schatzman, M. (1997) *“El asesinato del alma: la persecución del niño en la familia autoritaria”*, ed. Siglo XXI, 1ª ed., México.
- San Martín (1992) *“Tratado general de la salud en las sociedades humanas”*, La prensa médica mexicana, México.
- Simón, M. A. (1993) *“Psicología de la salud: Aplicaciones clínicas y estrategias de intervención”*, Pirámide, Madrid.
- Videla, M. (1991) *“Prevención e intervención psicológica en salud comunitaria”*, Cinco, Argentina.